

# SESTANTE

n.35  
Luglio 2012

I NODI TRA CONSUMI E DIPENDENZE



TAVOLA EUROPA Anton Roca 2000

## Immigrazione e droghe Culture, consumi e ... offerta di Servizi

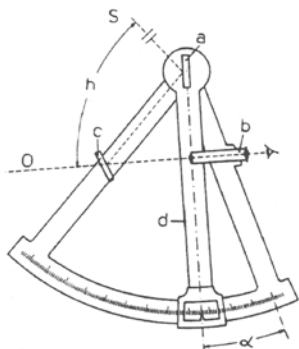


DISUGUAGLIANZE DI SALUTE E DINAMICHE MIGRATORIE / CITTADINI STRANIERI E TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE / MIGRAZIONI CONTEMPORANEE / LE BUONE PRASSI PER IMMIGRATI CON CONSUMO DI DROGHE / DIPENDENZE E IMMIGRAZIONE / UN CASO CLINICO / I MIGRANTI NEL SER.T. DI RIMINI / LO SORTELLO DI ACCOGLIENZA DEI DETENUTI NEL CARCERE DI PIACENZA / RETI DI COLLABORAZIONE FRA PUBBLICO E PRIVATO NEL LAVORO CON I MIGRANTI CON ABUSO DI DROGHE / TOSSICODIPENDENZA, MIGRANTI E CARCERE /

# SESTANTE

I NODI TRA CONSUMI E DIPENDENZE

Rivista scientifica a carattere divulgativo  
della rete dei servizi per le dipendenze patologiche  
in Area Vasta Romagna



**ANNO XVII**  
**LUGLIO 2012 - NUMERO 35**

Autorizzazione del Tribunale di Forlì  
N.23 del 19 ottobre 1998

**Direttore Responsabile**  
Paolo Ugolini

**Comitato Esecutivo**  
Patrizio Lamona, Edo Polidori, Paolo Ugolini

**Comitato di Redazione**  
Manuela Ceccarelli Villaggio del Fanciullo - Ravenna  
Monica Ciavatta Cento Fiori - Rimini  
Emanuela Frisoni Papa Giovanni XXIII - Rimini  
Patrizio Lamona San Maurizio - Borghi - Rimini  
Gerardo Manenti CeLS - Ravenna  
Edo Polidori SerT - Forlì  
Michele Sanza SerT DSM-DP - Cesena  
Alessio Saponaro Regione Emilia Romagna  
Patrizia Scarcelli Saman - Ravenna  
Maria Signorini SerT - Forlì  
Paolo Ugolini SerT DSM-DP - Cesena

**Pubblicazione**  
Quadrimestrale

**Sede**  
Via Brunelli, 540 - 47023 Cesena

**Comunicazioni**  
tel. 0547 631536 / 352162 cell. 334 6205675  
email: pugolini@ausl-cesena.emr.it

**Sestante online**  
[www.saluter.it/dipendenze/wcm/page/pub\\_sestante.htm](http://www.saluter.it/dipendenze/wcm/page/pub_sestante.htm)

**Segreteria, amministrazione e distribuzione**  
Alessandro Mariani D'Altri

**Progetto grafico e impaginazione**  
Elisabetta Fioravanti tel. 0547 662405

**Stampa**  
Centro Stampa AUSL Cesena

Edizione fuori commercio - tiratura 2.500 copie

## Sommario

EDITORIALE .....	1
PAOLO UGOLINI	
LEZIONE MAGISTRALE .....	2
<b>Disuguaglianze di salute e dinamiche migratorie</b>	
MARA TOGNETTI	
LEZIONE MAGISTRALE .....	13
<b>Cittadini stranieri e trattamento delle dipendenze patologiche: il quadro normativo di riferimento</b>	
FRANCESCO MAISTO	
PAGINA APERTA .....	18
<b>Migrazioni contemporanee</b>	
LEONARDO MONTECCHI GIAMPAOLO PRONI	
BUONE PRASSI .....	24
<b>Le buone prassi per immigrati con consumo di droghe: indicazioni della Regione ER</b>	
ALBA FABBRI	
VALUTAZIONE .....	27
<b>Dipendenze e Immigrazione: l'esperienza del Drop-In di Reggio Emilia</b>	
ROBERTO LUGLI	
CASO CLINICO .....	31
<b>Un caso clinico</b>	
EMANUELA FRISONI ROBERTO SGHEDONI	
VALUTAZIONE .....	33
<b>I migranti nel SerT di Rimini</b>	
LEONARDO MONTECCHI PRIMO PELLEGRINI	
VALUTAZIONE .....	37
<b>Lo sportello accoglienza dei detenuti nel carcere di Piacenza</b>	
MARA VERDERI	
CASO CLINICO .....	39
<b>Reti di collaborazione fra pubblico e privato nel lavoro con i migranti con abuso di droghe: un'esperienza clinica comunitaria</b>	
ANNALISA VALERI	
VALUTAZIONE .....	42
<b>Tossicodipendenza, migranti e carcere</b>	
DANIELE DONATI DANIELE RIGHINI	
EVENTI, PUBBLICAZIONI, SITI .....	45
PRIMO PELLEGRINI	

Questo numero è stato curato da:

Monica Ciavatta, Cento Fiori, RN,  
Leonardo Montecchi, SerT di RN,  
Paolo Ugolini, Osservatorio Epidemiologico DSm-Dp ausl Cesena

PAOLO UGOLINI

## EDITORIALE

*"Quando ero giovane e libero e la mia immaginazione non aveva limiti: sognavo di cambiare il mondo.*

*Come divenni più grande e più saggio, scoprii che il mondo non avrebbe potuto essere cambiato, così ridussi la mia visione e decisi di cambiare solo il mio paese, ma anche questo sembrava inamovibile.*

*Come crebbi, al crepuscolo della mia vita, in un ultimo disperato tentativo, decisi di cambiare solo la mia famiglia, quelli più vicino a me. Ma anche questi non volevano niente di tutto ciò.*

*E ora che sono legato al mio letto di morte, capisco che se avessi per primo cambiato me stesso, forse, con l'esempio, avrei potuto cambiare la mia famiglia.*

*Dalla loro ispirazione e con il loro incoraggiamento avrei quindi potuto cambiare al meglio il mio paese.*

*E chi lo sa, avrei potuto, forse, cambiare il mondo."*

*(dalla tomba di un Vescovo dell'Abbazia di Westminster)*

In Italia il numero degli stranieri regolarmente presenti è triplicato negli ultimi dieci (sono un 5 milioni pari al 7,5% rispetto alla popolazione residente); in ogni caso bisogna distinguere tra immigrato regolare, irregolare e clandestino; l'immigrato irregolare è colui che allo scadere del permesso non torna al paese d'origine, il CSI dell'Università degli Studi di Bologna ne stima una presenza tra il 10 e 18%. Oggi si parla di "funzioni specchio dell'immigrazione" inteso come sguardo che mette in gioco l'intera società, nelle sue determinanti di salute distali e prossimali; immigrati spesso come società marginale e con difficoltà di accesso ai servizi; immigrati anche come soggetti con problematiche di salute mentale e/o di dipendenza patologica (si veda interessante saggio della Tognetti).

La Relazione annuale al Parlamento (giugno 2011) sull'uso di sostanze stupefacenti da parte del Dipartimento Politiche antidroga, il Rapporto epidemiologico della Regione Emilia Romagna su Consumo e dipendenze (giugno 2011), lo stesso Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-13, focalizzano in termini generali le variazioni sociali e culturali del fenomeno, le modalità di consumo, la comparsa di nuove sostanze, il mercato della droga, ma non entrano nel merito del tema "Immigrazione e droghe". Questo numero di **SESTANTE** cerca, nel

suo piccolo, di coprire questo spazio, focalizzando:

- il fenomeno immigratorio nella sua globalità;
- il quadro normativo legato alle dipendenze.

Dopo questo primo passo abbiamo teso a mettere insieme l'offerta poliedrica, a volte volontaristica, dei servizi che si occupano di abusi di droghe e immigrati in vari contesti, a partire da un documento non ancora definitivo della Regione Emilia Romagna sulle buone prassi.

Restano esterni a questo **SESTANTE 35**, temi come la globalizzazione delle organizzazioni criminali, le molteplici vie del traffico, il valore del prezzo delle sostanze stupefacenti, la reclusione di minori stranieri, ... questi temi richiederebbero ben altro spazio, per ora fermiamoci a questa fotografia, molto mossa, ma incisiva, proprio perché in movimento.

Dopo 17 anni **SESTANTE I nodi tra consumi e dipendenze**, si ferma per una pausa di riflessione; al Comitato di redazione composto da SerT e Comunità Terapeutiche, agli autori dei saggi pubblicati, e soprattutto ai lettori, un grazie sentito.

Buona lettura e buona estate.

MARA TOGNETTI\*

## DISUGUAGLIANZE DI SALUTE E DINAMICHE MIGRATORIE

### L'antefatto

I provvedimenti adottati a partire da metà degli anni 90 del secolo scorso, ed in particolare le azioni messe in atto dal Prof. E. Guzzanti e poi dai Ministri della sanità Veronesi e Bindi succedutesi fra il 98 e il 2001, ed infine la circolare n.5 del 24 marzo 2000 a firma del Ministro della sanità hanno posto l'Italia fra i Paesi che garantiscono la salute della popolazione immigrata, indipendentemente dal loro status giuridico (Osservasalute, 2010). L'Italia include così gli immigrati a pieno titolo nel sistema dei diritti e dei doveri che regolano l'assistenza sanitaria nel nostro paese, ponendoli al medesimo livello degli autoctoni rispetto alle condizioni di opportunità di salute. Diritto potenziale che vale per le prestazioni urgenti, di base o preventive. Un percorso inclusivo, almeno sul piano normativo nazionale, non ancora sufficiente per eliminare le disuguaglianze di salute nell'accesso e nel trattamento a carico di questi nuovi cittadini. Infatti la costruzione dei sistemi sanitari regionali (Mapelli 2007; Tognetti Bordogna 2010) con il relativo decentramento amministrativo e politico sta producendo una eterogeneità sul territorio nazionale con un incremento delle disuguaglianze nella salute in particolare a danno della popolazione più debole e fra i primi gli immigrati. Come abbiamo sottolineato (Tognetti Bordogna, 2004a,b; 2008) e come la letteratura internazionale evidenzia (Fassin, 2006) la presenza dei migranti contribuisce a determinare nuove disuguaglianze in salute: quelle di "razza" e di etnia. Le disuguaglianze, come ha descritto Fassin (2006), si iscrivono nel sociale, nel corpo e nella psiche dell'in-

dividuo, nel corpo biologico indipendentemente dalla provenienza geografica.

Questo contributo, dopo una sintetica analisi del quadro teorico relativo alle disuguaglianze di salute, descriverà la rilevanza della questione sia sul piano teorico che empirico, evidenziando le specificità di genere e di etnia. Saranno poi discusse alcune linee di contrasto delle nuove disuguaglianze di salute riguardanti i migranti.

### 1. Perché parlare di disuguaglianze di salute

Nonostante che lo sviluppo e il radicamento dei diversi sistemi sanitari abbia concorso al miglioramento della salute in tutti i paesi occidentali, l'accesso ai servizi sanitari continua ad essere disforme e diseguale (Marmot e Wilkinson, 1999; Gulliford e Morgan, 2003). Differenze che non riguardano solo i diversi Stati, ma anche i differenti gruppi sociali che in essi vivono, in relazione alle condizioni socio-economiche, a variabili biologiche e al luogo di residenza (van Doorslaer e Masseria, 2004; Kunst et Mackenbach 1992; Bago d'Uva e Jones, 2009). Il quadro di miglioramento della salute si accompagna alla presenza di disuguaglianze di salute sia tra paesi (livello macro), in particolare se appartenenti alla stessa area geografica, sia tra i vari gruppi socio-economici di una stessa nazione (livello meso), (Bartley 2004; Tognetti Bordogna 2008; Leclerc Kamiski Lang 2008; Lucchini, Tognetti Bordogna, 2010).

Le disuguaglianze di salute sono state definite come una delle priorità nel corso del Consiglio Europeo di Lisbona del 2000, in quanto in molti Paesi europei,

\*Si ringrazia il prof. Costantino Cipolla, Direttore della rivista Salute e Società, per la gentile concessione a pubblicare l'articolo già edito di Mara Tognetti (2011), "Disuguaglianze di salute e dinamiche migratorie", pubblicato in "Salute e Società", a. X, n. 3, 2011 (Franco Angeli, Milano).

sono tuttora presenti situazioni di disuguaglianze di salute almeno per alcuni gruppi socio economici. La garanzia dell'equità nell'accesso ai servizi sanitari rappresenta uno dei primi obiettivi dei paesi dell'OCSE, così come nelle dichiarazioni internazionali sui Diritti Umani e nelle dichiarazioni dell' Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO 2010). Ciò nonostante in tutti i paesi occidentali permangono significative iniquità di salute e se ne producono delle nuove proprio in presenza di soggetti migranti (Fassin 2006).

Il tema delle disuguaglianze di salute continua ad essere di estrema attualità e di grande rilevanza in generale e per la sociologia della salute, in particolare, perché la loro analisi consente, sia di osservare le dinamiche sociali, sia di comprendere come le differenze sociali si distribuiscono fra gli individui all'interno di un sistema complesso quale la nostra società (Cardano 2008; Genova 2008; Tognetti Bordogna 2008; Lucchini Sarti Tognetti Bordogna 2009;).

Diversi e molteplici i fattori che contribuiscono a determinare le disparità nello stato di salute degli individui essi sono raggruppati nei determinanti della salute (Breilh, 1979; CSDH, 2007) frequenti, anche se sottoposti a critica in alcuni casi (Maciocco 2009) e diversamente teorizzati. L'accesso ai sistemi sanitari è un fattore che influenza lo stato di salute di una popolazione.

L'accesso, le difficoltà, le criticità nell'utilizzo dei servizi sanitari, costituiscono elemento importante delle disuguaglianze sociali di salute e tendono a sommarsi, per i soggetti svantaggiati a tassi di mortalità e morbilità più alti di quelli osservati fra i gruppi sociali caratterizzati da un elevato status socio-economico (Mackenbach e Kunst, 1997 van Doorslaer, Koolman e Jones, 2004).



Lo studio delle disuguaglianze di salute assume rilevanza anche per la sociologia perché le disuguaglianze sociali, economiche, sono in aumento sia a livello macro, tra paesi a Nord e a Sud del mondo, sia a livello meso, all'interno dei singoli paesi e regioni, che a livello micro, nelle comunità locali e nei singoli quartieri (Costa et al. 2008). Le disuguaglianze di salute e il loro studio sono rilevanti sia sul piano teorico sia nella loro dimensione interdisciplinare, sia perché consentono di comprendere il tipo di relazione che si instaura fra individuo e società. Lo studio delle disuguaglianze permette di indagare come si distribuisce la salute in una popolazione in relazione alle caratteristiche sociali, le quali differenziano gli individui in una data società (Lucchini Sarti Tognetti Bordogna 2009; Lucchini, Tognetti Bordogna 2010). Secondo Costa et al.(2004), le disuguaglianze nella salute in Europa, sono "intense" "regolari" e "crescenti". Pur essendo aumentato l'interesse al tema nel corso del tempo (Blane 1985; Bartley 2004; Leclerc Kamiski Lang 2008), è solo dopo la pubblicazione del Black Report nel 1980, in Gran Bretagna (DHSS 1980; Tognetti Bordogna 2008) che l'attenzione al tema si sviluppa anche fra i sociologi e non solo fra gli epidemiologi, così come aumentano le ricerche nel campo Blane 2004; Bartley 2004; Tognetti Bordogna 2008; Macintyre et al 2002).

Da un punto di vista teorico sono proposte quattro tipi di spiegazioni inerenti alla relazione esistente fra condizione sociale e stato di salute: la teoria dell'artefatto esplicativo; la teoria della selezione naturale e sociale; la spiegazione comportamentale e quella strutturale. Teorie che in questa sede diamo per acquisite rinviando alla letteratura in merito (DHSS 1980; Blane 1985; Costa et al.2004; Sarti 2006).

Per quanto concerne il contributo della sociologia allo studio delle disuguaglianze sono due le interpretazioni maggiormente validate: quella psico-sociale riconducibile all'esposizione a fattori di stress e mancanza di supporto (Marmot Wilkinson 2001), e quella neo-materialista (Lynch 2000) che spiega l'origine delle disuguaglianze di salute dovuta a cause prettamente materiali. La prima si fonda sull'assunto che, oltre alle disuguaglianze economiche, anche le relazioni sociali hanno un forte impatto sul benessere psico sociale dei soggetti contribuendo a spiegare lo stato di salute di una popolazione (Wilkinson 1992; 1997). Le disuguaglianze di salute non sono niente altro che la sedimentazione nei corpi delle differenze sociali che segnano le traiettorie biografiche degli individui (Cardano 2008). La seconda attribuisce alle

disuguaglianze di reddito le differenze di salute fra gli individui in quanto esse determinano differenze negli stili di vita dei singoli. Tale visione imputa le disuguaglianze di salute alle differenti sedimentazioni di esposizioni, di esperienze radicate nel mondo materiale (Lynch 2000).

Un terzo approccio, quello eco-sociale (Susser e Susser, 1996; Krieger, 2001), di livello meso, coniuga gli effetti di contesto socio-ambientali e quelli individuali-biologici. Esso dà primato agli aspetti multidimensionali e dinamici di una complessa rete di elementi biomedici, sociali e comportamentali i quali vanno considerati congiuntamente. Studi di tipo ecologico (Costa, et al 2003) infatti, hanno evidenziato una correlazione tra condizioni ambientali di un certo territorio e la salute dei cittadini in esso residenti (Macintyre et altri 2002; Nuvolati Tognetti Bordogna, 2008;).

Dopo gli anni del Servizio Sanitario Nazionale universalistico, la questione delle disuguaglianze di salute sembrava non avere più senso in quanto tutti i cittadini avevano accesso alle risorse per la salute in forma gratuita, sottovalutando che, anche i servizi universalistici, possono essere segnati dal pregiudizio e dalla discriminazione. Il principio universalistico ha occultato il permanere e il riemergere di vecchie e nuove disuguaglianze di salute (Leclerc, 2008). Le vecchie legate all'età, al sesso, alla classe; le nuove, legate alle trasformazioni dei bisogni, all'accesso alle risorse di salute, alla presenza di nuovi utenti cioè gli immigrati. Le disuguaglianze di salute sono in realtà disuguaglianze sociali che si esplicano attraverso la salute e la malattia e i relativi comportamenti. Infatti a qualsiasi livello della scala sociale ci si ponga, il livello inferiore presenta un profilo epidemiologico più sfavorevole di quello immediatamente superiore (Costa et al. 1998).

Studi epidemiologici e sociologici evidenziano un dualismo contraddittorio: da un lato la crescita generalizzata della speranza di vita, dall'altra il progressivo inasprirsi delle disuguaglianze di mortalità e morbilità, che separano gli individui in ragione della loro classe sociale, cioè mentre aumenta la speranza di vita media cresce, sul medesimo parametro, la distanza tra le classi sociali (Costa et al. 1998).

Partendo dalla definizione di disuguaglianze quali disparità oggettive e sistematiche circa il possesso di risorse e capacità utili per ottenere privilegi e ricompense significative, possiamo rilevare il loro carattere distribuito e relazionale, il fatto che derivano dall'azione di individui, di gruppi, da meccanismi selettivi formali e informali, orientati dall'assetto di un determinato sistema sociale

(Schizzerotto 2002; Gallino, 1993).

Per ciò che concerne le disuguaglianze di salute non sono solo le variabili socio economiche a produrre disuguaglianze ma sono le stesse risorse per la salute, che possono determinarle proprio grazie alla creazione di Sistemi Sanitari Regionali (ASR 2007). Disuguaglianze di salute prodotte da politiche economiche, sociali e sanitarie, e dalle trasformazioni dei bisogni, e della malattia. Questo perché (Strauss 1992) le malattie presentano traiettorie diverse in quanto ognuna di esse è il frutto di sforzi combinati del malato, della sua famiglia, del suo gruppo di cura, dei professionisti della sanità al fine di strutturare la malattia stessa.

In questa sede considereremo, in modo sintetico, alcune delle principali famiglie di disuguaglianze di salute. Esse assumono, anche per gli immigrati un ruolo forte e la cui interazione determina il capitale di salute di un individuo in una data fase della propria vita e in relazione al contesto in cui si trova a vivere (Tognetti Bordogna 2008).

Possiamo distinguere le seguenti famiglie:

- biologiche-genetiche: iscritte nel nostro DNA, quelle provocate da inquinamenti chimici;
- peri-natali e neonatali: causate dalle cattive condizioni di vita della madre del concepito (Kuh, 2003);
- legate alle condizioni socio economiche e agli stili di vita,
- d'accesso/nell'accesso/nell'utilizzo/nella qualità di servizi e prestazioni a carico di persone svantaggiate che ricorrono ai servizi in modo intempestivo;
- derivanti dalle *capability*.



## 2. La rilevanza della questione

Come discusso la letteratura mostra che le disparità di salute sono una costante della nostra società e all'interno di esse, vi sia una forte "razializzazione" ed "etnicizzazione" delle disuguaglianze di salute (Hummer et al., 2000). La razializzazione della società è diventata una realtà pubblica (Fassin, 2006) introducendo delle frontiere interne fondate sulla differenza fisica. Le disuguaglianze vanno analizzate, non più solo in base alle categorie di classe sociale, professione, nazionalità ma, anche in relazione all'origine, al colore della pelle (Fassin 2006), in considerazione delle forti dinamiche migratorie della nostra società.

Confrontando i diversi gruppi razziali americani emerge come i neri presentino alti tassi di mortalità e morbilità per quasi tutte le malattie, alti tassi di disabilità, aspettative di vita breve, un accesso minimo alle cure, bassissimi livelli dell'uso delle moderne tecnologie nei loro trattamenti (Hayward, Heron, 1999).

Nel Regno Unito (Cooper, 1984) è emerso che gli svantaggi economici influiscano sulle disuguaglianze di genere e di razza (Jones, 2001).

In Italia, invece, gli studi che riguardano le disuguaglianze di salute della popolazione immigrata, sono ancora scarsi, ciò nonostante aumentano le evidenze in tal senso (Istat, 2008). Sono gli studi teorici a mostrare che la classe sociale risulta essere centrale nella determinazione delle disuguaglianze, forte è il dibattito circa il fatto che questa variabile non costituisca l'unica dimensione portante, ma che entrano in gioco il genere, l'etnia e l'età (Gallino, 1993).

Gli studi, sui determinanti sociali di salute, indicano che la discriminazione razziale, individuata in diverse sfere di attività, produce disuguaglianze nelle aspettative di vita (Wilkinson, 1996).

Secondo alcuni autori la discriminazione razziale aggrava ed oltrepassa le disuguaglianze causate dalla condizione socio economica (Marceca et al., 2006).

Il fatto che "razza", etnia e cultura non delimitino categorie consolidate, non mette affatto in dubbio la presenza di disuguaglianze. Le ricerche sottolineano la presenza di processi sociali che discriminano direttamente alcune classi di persone fra cui gli immigrati. Processi, che più che le caratteristiche etnico/razziali o culturali tipiche degli immigrati, influenzano la differente incidenza e gravità delle malattie e l'accessibilità ai servizi sanitari, di questi gruppi rispetto alla popolazione generale (Black, 1980, Acheson, 1998) (Brian et al., 2002; Marmot, 2002).

Proprio in relazione agli immigrati ricordiamo il

peso del capitale sociale sulle disuguaglianze (Bianco, 2001). Il processo della loro riproduzione dipende dall'insieme delle risorse di informazioni, di fiducia e di supporto sociale di cui un individuo dispone se collocato in una rete sociale stabile. In questa direzione vanno gli studi che evidenziano come l'assenza di una rete di supporto costituisca fattore di rischio per la salute (Wieckrama et al., 1997; Chiazso, Cois, 2004; Cohen et al., 1997). Gli immigrati, proprio perché tali, hanno una rete relazionale limitata e su base etnica, in quanto molto del loro capitale sociale ascritto è rimasto al paese di origine.

Pur usando con precauzione il termine "razza" le discriminazioni di salute nei confronti degli immigrati, così come le disuguaglianze di salute, sono strettamente riconducibili alla provenienza geoculturale, all'etnia (Bartley 2004).

In letteratura è stato descritto (Nazroo 1997) l'"approccio epidemiologico tradizionale" (traditional epidemiological approach), ossia quel fenomeno per cui, quando si scoprono malattie in gruppi sociali considerati differenti etnicamente o razzialmente, i medici tendono a pensare che la prima causa sia di tipo biologico o culturale. L'etnicizzazione delle disuguaglianze è una realtà nuova per il nostro paese, ma la presenza di disuguaglianze di salute, vecchie e nuove è, come ci ricorda Marmot (2004), un fenomeno transnazionale stabile. Studi (Fassin, 2006) mostrano che le disuguaglianze di salute che riguardano gli immigrati siano fra le più rilevanti.

La discriminazione razziale produce ineguaglianze nelle aspettative di vita (Wilkinson, 1996). I gruppi con esperienza migratoria hanno mediamente un'aspettativa di vita inferiore alla popolazione generale, una mortalità infantile maggiore, riportano, più frequentemente, una cattiva salute (Nazroo et al., 2006).

Un'altra importante variabile è la residenza o effetto contesto: le persone appartenenti ad una minoranza etnica tendono ad essere collocate in occupazioni meno vantaggiose e a più basso reddito, ed in aree svantaggiate sul piano ambientale. Secondo Bartley (2004) le ricerche mostrano che le disuguaglianze di salute sono riconducibili alla posizione socio economica, ma sono altrettanto importanti le variabili ambientali in cui le persone vivono. Le aree con alta concentrazione di gruppi etnici sono anche quelle con livelli di servizi e condizioni ambientali più bassi.

In letteratura possono essere individuati tre modelli convenzionali nelle disuguaglianze di salute che riguardano i migranti (Tognetti Bordogna 2008).

- il modello razziale-genetico (*racial-genetic model*);
- il modello dei comportamenti di salute e degli stili di vita (*health behaviour or lifestyle model*);
- il modello dello status socio-economico (*socio-economic status model*).

Analizziamo ora alcuni dati di ricerca.

### 3. Le disuguaglianze di salute fra gli immigrati

Nel precedente paragrafo abbiamo evidenziato che studiare le disuguaglianze di salute in relazione agli immigrati consente di evidenziare, anche in Italia, nuove forme di disuguaglianze legate, non solo alla classe o al reddito, ma anche alla “razza” (Tognetti Bordogna, 2008).

Il concetto di esclusione sociale ben rappresenta la complessità materiale, psicologica, relazionale che vivono i migranti. L'esclusione sociale rimanda alla precarietà materiale derivante dalla povertà economica relativa comprendendo l'elemento dinamico del processo di emarginazione, di come cioè lungo il percorso di vita, gli individui possano essere esclusi e posti ai margini, rispetto a molteplici aspetti della vita sociale e di comunità. Gli immigrati non sono deboli sul piano soggettivo, in quanto caratteristiche personali, ma lo sono sul piano strutturale (Reyneri, 2007) ed è per questo che sono maggiormente a rischio di vulnerabilità rispetto agli autoctoni.

I dati (Agenas, 2011) evidenziano che la maggior parte delle patologie che interessano gli immigrati sono legati alle condizioni abitative, di lavoro, agli stili di vita, alle difficoltà relazionali e di socializzazione, al tipo di rapporto che s'instaura con le istituzioni.

Gli studi (Marceca et al. 2006; Pasini, Picozzi, 2005) relativi alla salute degli immigrati hanno così classificato tali problemi:

- Problemi da importazione, relativi alle malattie che l'immigrato porta con sé dal paese d'origine, comprese quelle ereditarie o legate all'appartenenza etnica.
- Problemi di adattamento, relativi alla sfera delle relazioni e all'inserimento in un nuovo contesto socio-culturale.
- Problemi di acquisizione relativi ai rischi derivanti dal vivere in ambienti poco sani, sovraffollati e lavorando in luoghi insicuri e senza le tutele necessarie.

Ponendo attenzione invece ai dati epidemiologici e ai migranti quali individui sempre più radicati nel nuovo contesto la salute è il risultato di fattori ambientali, sociali e genetici ed in particolare la salute sta assumendo importanza nello studio dell'inclusione degli

immigrati, in quanto indicatore di avvenuta integrazione (Tognetti Bordogna 2008; Tognetti Bordogna, 2009; Tognetti Bordogna, 2011; Padovan, Alietti, 2008). Gli studi condotti in Italia (Ires Piemonte, 1992), relativamente agli atteggiamenti nei confronti degli immigrati evidenziano che l'attribuzione etnica, di tipo gerarchizzato, è collegata ad una gerarchizzazione valoriale. Gli immigrati sono così collocati sui diversi gradini della stratificazione sociale, in relazione alla provenienza geo-culturale. Sono sempre più rilevanti le disuguaglianze derivanti dalle scarse conoscenze del funzionamento del sistema sanitario (iniquità) del paese di accoglienza (Tognetti Bordogna, 2004a). Forti le disuguaglianze legate alle pratiche di prevenzione, all'accessibilità, alla diagnosi, alle cure e alla loro appropriatezza.

In sintesi, oltre ai determinanti di ordine economico, sociale, culturale, politico e giuridico, vi sono anche quelli organizzativi. Le disuguaglianze di salute a carico degli immigrati dipendono dalla qualità dell'assistenza, dal tipo di accesso ai servizi, dal tipo di trattamenti, a cui gli individui sono sottoposti (Tognetti Bordogna 2011).

Alcune ricerche hanno messo in evidenza che gli immigrati sono poco tutelati nella loro salute, presentano un minor accesso ai servizi sanitari hanno una scarsa conoscenza del funzionamento dei servizi, ricevono prestazioni di bassa qualità (DHHS, 1999). La letteratura internazionale sottolinea le disuguaglianze sociali a carico degli immigrati, specialmente se poveri che sembrano estendersi anche alla seconda generazione (Shaw et al., 1999). Sempre fra gli immigrati è particolarmente forte la relazione fra esclusione abitativa e quella sociale, con rilevanti conseguenze sulla salute. Essi spesso hanno un'alimentazione squilibrata o carente alimentazione.

La ricerca, condotta in Lombardia (ORIM 2005), conferma come le condizioni di salute degli immigrati mutino in relazione al genere, alla provenienza geo-culturale e ai rischi sul lavoro. Condizioni di vita e di lavoro, tempo di permanenza, idea dell'immigrato come individuo sano, discriminazioni, sono tutti fattori che pesano, sia sulle condizioni di salute dell'individuo immigrato, sia sul processo di costruzione delle disuguaglianze. Fattori quelli citati a cui vanno aggiunti quelli culturali, in particolare le diverse idee di salute e di malattia, i diversi sistemi di salute da cui provengono i migranti. Modelli e idee che rimandano a sistemi in cui lo star male e lo star bene sono il risultato di atteggiamenti e comportamenti di tipo olistico, in cui è centrale la dimensione relazio-



nale con il contesto e con il soprannaturale, più che l'idea di malattia come alterazione o devianza fisica dalla normalità (Borri et al., 1999; Favaro, Tognetti Bordogna 1988).

E' sulla base di queste considerazioni che è possibile comprendere come coloro che provengono da altri contesti geografici e culturali, come gli immigrati, incontrino delle difficoltà a riconoscere e utilizzare le risorse per la salute, ma anche ad interagire con gli operatori e che il tema sia sempre più centrale per la sociologia.

#### 4. I dati

Sulla base della ricerca, condotta nell'Azienda Usl di Cesena nel corso del 2007, emerge che gli stranieri si inseriscono con maggiore difficoltà nei percorsi di assistenza, rispetto agli italiani, con conseguenti rischi di salute.

La disuguaglianza nell'accesso ai servizi era già stata evidenziata in una precedente rilevazione nel periodo 2002-2004 (Tognetti Bordogna, 2004a).

Gli immigrati fanno meno prevenzione rispetto agli autoctoni.

All'interno di questi comportamenti riscontriamo una differenza di genere. Infatti le femmine straniere effettuano più controlli dei loro coetanei maschi, anche se in misura decisamente più contenuta rispetto alle donne autoctone. In particolare i maschi stranieri compresi tra 18-64 anni nel 43,7% dei casi non hanno mai effettuato i controlli del colesterolo nel sangue; la quota controllata per età scende al 36,3% tra le donne straniere. Analoghe le percentuali riferite all'assenza di controllo della glicemia; più basse le percentuali del mancato controllo della pressione arteriosa nel corso della vita: 39,1% per gli uomini e 31% per le donne straniere, mentre per i maschi italiani il 22% non effettua controlli, e solo il 17,3% fra le donne.

Le donne immigrate residenti in Italia ricorrono meno agli screening dei tumori femminili, se confrontate con le donne italiane. Differenze di comportamento rilevabili in tutte le fasce d'età, ma più marcate al crescere dell'età. Se consideriamo la fascia di età 25-64 anni, il 51,6% delle donne straniere si è sottoposta ad un paptest contro il 71,8% delle donne italiane. Anche per la mammografia si riscontra un minor ricorso da parte delle donne straniere comprese nella fascia di età 50-64, pari al 42,9%, contro il 73,1% delle donne italiane (ISTAT 2008).

Comportamenti attribuibili sia ad una minor informazione ed un tempo inferiore da dedicare alla salute.

Ricerche internazionali (Lurbe i Puerto, 2005) hanno mostrato che in situazione di criticità economica la questione della salute fra la popolazione immigrata viene posta in secondo piano.

I dati ospedalieri mostrano che le donne migranti stanno bene, tanto da non registrare elevate percentuali di ricovero, se non per motivi fisiologici e naturali come il parto. La maternità rappresenta spesso il primo ed unico motivo di accesso alle strutture sanitarie.

L'indagine sui ricoveri ospedalieri degli stranieri del Ministero della Salute sull'attività del 2003 ha evidenziato un impatto contenuto della popolazione immigrata sui servizi ospedalieri. Rispetto al 1998, i ricoveri in day – hospital sono quasi triplicati e questo sembrerebbe indicare un utilizzo più appropriato dei servizi da parte degli immigrati. Le prime quattro cause di ricovero ospedaliero dei pazienti stranieri sono correlate alla gravidanza e al parto (gravidanza e parto normale 3,7% contro il 3,2% del valore nazionale; complicanze del parto 2,9% contro 1,2% a livello nazionale; altre complicanze della gravidanza 2,9% contro lo 0,7%; perdita ematica in gravidanza 1,9% contro lo 0,6% del dato nazionale)

Le motivazioni che spingono a scegliere una struttura per effettuare visite specialistiche sono differenti fra italiani e stranieri (ISTAT 2008). Prevale fra gli stranieri la motivazione legata alla vicinanza rispetto agli italiani (31,6% gli stranieri, contro il 22,6% degli italiani). Un'esigenza pratica, particolarmente rilevante fra i maschi immigrati, 36,6 %, rispetto alle femmine straniere 28,8. Infatti per questa popolazione è complesso ricorrere ai servizi per la salute, lo diventa ancora di più se le strutture di riferimento sono distanti dalla abitazione o dal lavoro con un aggravio di tempo mal conciliabile con le forti esigenze lavorative e con le difficoltà a muoversi in un territorio nuovo. Rilevante anche il peso del "motivo economico" per gli stranieri, in misura più del doppio sia fra i maschi che fra le femmine, rispetto agli italiani. Sembra essere però l'elemento fiduciario a fare la differenza circa l'accesso anche se è più elevata fra gli italiani la scelta determinata da tale variabile (54% per gli italiani, contro il 43,1% per gli stranieri).

Per quanto concerne i servizi di base, il medico di famiglia è un punto di riferimento importante nelle decisioni sulla propria salute sia fra gli autoctoni che fra gli immigrati (63,2 fra gli italiani, contro il 60,6% fra gli immigrati).

Più elevata la fiducia nei confronti di questo professionista da parte degli stranieri (68,6 % fra gli stranieri, contro il 60% degli italiani) siano essi maschi

o femmine. E invece maggiore la fiducia fra gli italiani rispetto agli stranieri nei confronti degli specialisti.

#### 4.1 Disuguaglianze fra gli uomini

Come abbiamo visto i dati di ricerca e la letteratura evidenziano la presenza di disuguaglianze di salute in relazione al genere. Inoltre (Perocco 2000) l'inserimento lavorativo degli immigrati è avvenuto secondo forme e modalità che incorporano elementi di discriminazione: concentrazione nei segmenti più bassi del mercato del lavoro, nelle occupazioni e nelle mansioni più faticose, precarie, insalubri, nocive e rischiose, con conseguenti alti livelli di infortunio ed in misura più rilevante rispetto ai lavoratori autoctoni.

Sulla base di ricerche condotte nel 2001 il tasso infortunistico è del 9.1% tra i lavoratori migranti, contro il 4.2% dei lavoratori autoctoni, cioè più del doppio, ed in crescendo (INAIL, 2004): 92.746 casi nel 2002, 108.509 nel 2003, 115.773 nel 2004. Essi sono la maggior causa di ricovero per i maschi immigrati.

Da ricerche condotte in Emilia Romagna (ASR, 2007), si evince che l'asma e le infezioni acute alle vie respiratorie sono tre volte superiori negli stranieri rispetto agli italiani, mentre le ferite e i traumatismi intracranici sono due volte più alte. A questi fattori lavorativi vanno aggiunti quelli di contesto; circa il 40% degli immigrati vive in alloggi di fortuna od ospiti dei datori di lavoro (Caritas 2005), mentre la situazione di esclusione abitativa riguarderebbe il 3% immigrati (Tosi 2001).

#### 4.2 Disuguaglianze fra le donne

Al pari degli uomini e in quantità superiore rispetto agli autoctoni la donna immigrata è esposta a incidenti, a traumatismi, a malattie professionali, a malattie della migrazione. Le ricerche hanno evidenziato l'esistenza di una correlazione fra incidenti e lavoro domestico. Il 44% degli intervistati ha avuto un incidente domestico nell'ultimo anno. Nel 2008 sono stati 3.576 gli infortuni del personale domestico, di cui 2 mortali. Le cause degli incidenti sono la disattenzione (55,7%), l'imperizia, i comportamenti azzardati (18,2%), la mancata o cattiva manutenzione di oggetti e impianti (10,9%), la rottura di strutture (9,5%), la disattenzione e imperizia altrui (7,6%) (CENSIS, 2010).

Emerge una maggior vulnerabilità psicopatologica (Frighi, Cuzzolaro, 1988) della donna, un rinvio nel tempo del riconoscimento del proprio stato di malattia.

#### 4.3 La salute riproduttiva

La "salute riproduttiva" costituisce un punto di osservazione privilegiato per comprendere la situazione delle donne immigrate, il capitale di salute dei loro bambini, ma anche per la realizzazione di programmi e strategie di politica sanitaria (Spadea, Cois, 2004).

Le cause maggiori di ricovero sono legate alla gravidanza e al parto, un maggior ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza rispetto alle donne italiane. Le ricerche relative alla maternità e all'infanzia evidenziano difficoltà di accesso ai servizi di cura e prevenzione riconducibili innanzitutto all'offerta non adeguata alla domanda espressa dalla popolazione femminile immigrata, poi alle resistenze culturali e sociali delle donne stesse (Donati 2001). Le donne che accedono ai servizi per la gravidanza, parto e cura dei figli, vivono situazioni di isolamento attribuibile al fatto che il loro reticolo familiare e amicale è rimasto, nella sua composizione principale, nel paese di origine. Esse spesso partoriscono in ospedali poco accoglienti in cui gli operatori hanno difficoltà a comprenderle.

Il tutto è aggravato da condizioni di lavoro pesanti, ambienti abitativi, inadeguati o a volte condivisi con altre famiglie o altri immigrati, il difficile accesso ai servizi socio-sanitari. Le ricerche evidenziano gravidanze ravvicinate, nascite pre-termine, basso peso alla nascita, IVG, pratiche contraccettive non conosciute e non capite (ISTISSAN 2005).

Una ricerca retrospettiva, condotta negli ospedali romani ed effettuata dall'Osservatorio epidemiologico della Regione Lazio, evidenzia:

- la più giovane età delle madri straniere rispetto alle residenti (il 28,5% di madri di età inferiore ai 20 anni tra le nomadi, il 5,8% tra le europee e lo 0,8% tra le romane);
- un maggior numero di donne con più di 3 figli (14,6% contro 2,6% delle residenti);
- maggiore incidenza di basso peso alla nascita (sotto i 2.500 gr.) in tutti i collettivi immigrati con punte più alte, tra le donne provenienti dall'Estremo Oriente (11,8%) e dall'Africa Centrale (10,7%); mentre tra le residenti l'incidenza è del 5,2%;
- una più alta mortalità nel primo anno di vita tra i bambini figli di donne straniere rispetto alle donne romane: 21,9 su 1000 nati vivi per i figli di donne provenienti dall'Africa centrale, 20,8 per i neonati di madre nomade, 19,7 per il Nord Africa e Medio Oriente. Il tasso relativo ai figli delle residenti è di 8,3.

L'indagine condotta dall'Istituto Superiore di Sanità

(2000-01) in 5 ospedali romani, evidenza che l'8,8% delle intervistate ha partorito prima della 37<sup>a</sup> settimana di gestazione. Questo valore è inferiore a quello rilevato tra le immigrate nel 1995-1996 (12,2%), ma superiore a quello osservato tra le italiane (4,6%).

I tassi di abortività delle cittadine straniere rispetto alle italiane evidenziano che per le prime il dato è pari a 53,7 IVG su 1000 donne in età feconda (15-49 anni), mentre per le seconde il tasso è del 7,3 per mille.

Siamo in presenza di donne in età compresa tra i 15 e i 49 anni (69,3%), le cui gravidanze e parti avvengono in età precoce rispetto a quella delle italiane.

Secondo una ricerca condotta dall'Istituto Superiore di Sanità (2000), le donne immigrate effettuano un minor ricorso ai controlli e agli esami durante la gravidanza, il 42,5% delle donne immigrate non si era sottoposta ad un controllo nel primo trimestre di gravidanza, contro il 10,7% delle italiane; il 68% delle italiane aveva eseguito almeno quattro prelievi del sangue, contro l'11% delle immigrate. L'indagine evidenzia anche barriere culturali e linguistiche nell'accesso alle visite ginecologiche e alle diagnosi perinatale, nonché un'alimentazione sbilanciata o insufficiente, condizioni abitative insalubri e solitudine.

Analizzando il percorso di maternità emerge come le donne immigrate ricorrano maggiormente, a differenza delle donne italiane, a strutture pubbliche sia per il ginecologo (57,6% contro il 16,5% delle italiane) che per il consultorio (38,3% contro il 13,7%), primeggiano in entrambi i casi le donne provenienti dal Marocco, rispettivamente 75% e 50%.

Pur ricorrendo le donne immigrate a controlli entro il primo trimestre, sono in numero minore rispetto alle italiane, coloro che eseguono tempestivamente tali pratiche. Infatti si è sottoposto alla prima visita entro il primo trimestre di gravidanza l'88,5% di tali donne, contro il 94,6% delle italiane. Mentre si sono sottoposte ad ecografia entro il terzo mese il 68,5% delle straniere rispetto all'88,3% delle italiane. Le donne italiane effettuano mediamente 5,0 ecografie contro le 4,4 delle donne straniere. Più bassa fra le donne immigrate la percentuale di coloro che partoriscono con taglio cesareo 24,9% contro il 35,9% delle italiane. Più elevato fra le donne straniere l'allattamento al seno (88% contro l'80,7%).

Anche la letteratura internazionale (Gayran-Taminh, 1999) conferma tale andamento.

#### 4.4 Disuguaglianze fra i minori

Anche i minori, possono essere sottoposti a discriminazioni e a disuguaglianze di salute, già al momento del concepimento, e poi nelle diverse fasi del loro ciclo di vita.

La ricerca a carattere nazionale (Bona, Zaffaroni, 2001), relativa a neonati figli di immigrati comparati con un gruppo di neonati italiani, evidenzia una maggiore frequenza di bambini prematuri, di basso peso alla nascita e tassi più elevati di mortalità neonatale per asfissia, rispetto ai figli degli italiani. Tale quadro è risultato essere correlato ad alcuni fattori di rischio come il più elevato numero di parti fra le donne immigrate, una maggior precocità nell'età media alla gravidanza, infezioni materne, scarso reddito familiare, inadeguate cure ostetriche e difficoltà di accesso ai servizi sanitari pubblici.

Il quadro sopra descritto trova conferme nei dati forniti dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, riferiti al 1997-98, da cui emerge un tasso di prematurità pari a 8,3% fra i figli degli immigrati, contro il 6,6% dai nati da donne italiane. Fra i bambini prematuri il tasso di mortalità ospedaliera è stato del 46,8% per 1000, contro il 27,2 degli italiani.

I figli di immigrati, presentano un più alto ricovero per malattie dell'apparato respiratorio, digerente e di competenza otorinolaringoiatria. Sintomi indicatori di una maggior esposizione a fattori di rischio abitativi, di un minore o più tardivo accesso all'assistenza primaria. Anche per i bambini da 1 a 14 anni la maggior percentuale di ricoveri è riconducibile a patologie dell'apparato respiratorio, e con una notevole differenza rispetto ai bambini italiani. Quadro che trova conferma anche nella letteratura internazionale (INSERM, 1999; Romano 1998)

Informazioni importanti per le disuguaglianze di salute fra i minori le possiamo ricavare dagli studi sulla mortalità per la sua nota correlazione negativa che lega questo indicatore alle condizioni sanitarie, ambientali e socio-economiche della popolazione (Osservasalute 2010).

I tassi di mortalità infantile e neonatale registrati nel 2007 e riferiti agli stranieri residenti sono rispettivamente pari a 3,9 e 2,6 per mille nati vivi residenti contro valori registrati per gli italiani pari a 3,3 e 2,4 per mille nati vivi e residenti. Mortalità che vede primeggiare i bambini figli di romeni, seguiti dai bambini albanesi e marocchini.

Sono in particolare i residenti stranieri delle regioni del Sud ad essere maggiormente svantaggiati rispetto

alla mortalità infantile delle regioni del Nord e del Centro.

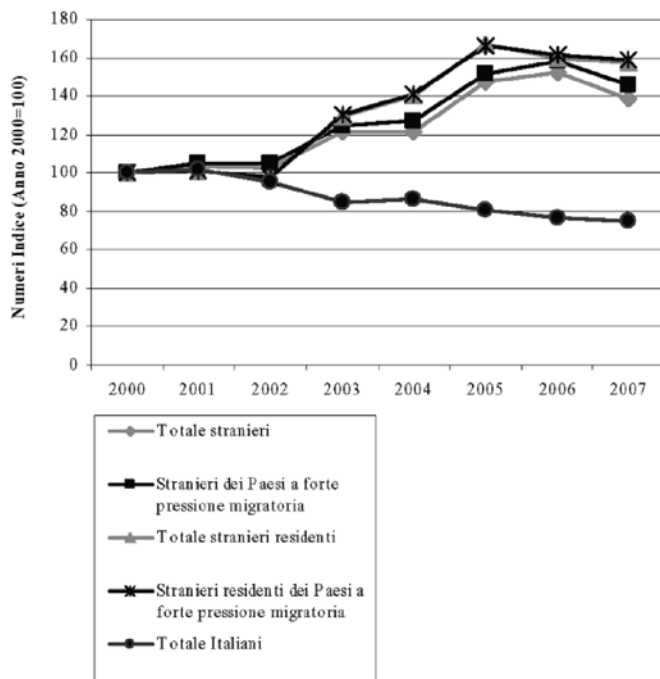


Fig. 1 Numero indice dell'ammontare totale dei decessi nel primo anno di vita in Italia per are di cittadinanza – Anni 2000-2007  
Fonte: Osservasalute, 2010.

Sulla base della ricerca condotta nell'Azienda UsI di Cesena se si escludono le nascite fisiologiche i bambini stranieri, nel primo anno di età, risultano ricoverati più frequentemente di quelli italiani (137 ricoveri per 1000 rispetto ai 61 dei bambini italiani).

Le patologie perinatali rappresentano le diagnosi più frequenti nel corso del primo anno di vita, (221 ricoveri dei bambini stranieri contro i 69 dei bambini italiani), seguite dalle patologie delle vie respiratorie (154 contro 76) e dai disordini elettrolitici, metabolici e nutrizionali (37 contro 11), asma (8 contro 2) e altre infezioni e malattie delle vie respiratorie (7 contro 3). Anche nella fascia di età 1-17 anni i minori stranieri residenti presentano tassi di ricovero più elevati, in particolare per disordini idroelettrolitici (9 ricoveri per 1000 contro i 3 dei bambini italiani).

Per quanto riguarda gli accessi al pronto soccorso, il 27 % sono stati a carico di minorenni. I minori stranieri presentano un tasso di ricovero maggiore (88 su mille, contro il 69 degli italiani), fenomeno particolarmente evidente per i minori provenienti da Asia, Medio Oriente, Africa subsahariana. Particolarmente accentuato l'afflusso nelle ore serali post-lavorative,

nello specifico per quanto riguarda i bambini con meno di un anno.

## 5. Che fare / Conclusioni

Le nuove disuguaglianze a carico dell'utenza immigrata rappresentano una realtà che non può essere ignorata. Il sistema dell'offerta, gli operatori, debbono prestare particolare attenzione nei confronti di questa popolazione che fonda spesso il proprio progetto migratorio sulla buona salute. Le questioni di salute degli immigrati richiedono interventi di tipo medico-sociale, di prevenzione del disagio, di promozione dell'integrazione culturale, di riorientamento dei servizi e dei flussi informativi (Tognetti Bodogna, 2011).

Sevizi più attenti e culturalmente orientati sono alla base dell'equità nella salute, ma anche buone condizioni di vita e di lavoro risultano essenziali. E' altresì importante:

- Definire e indicare percorsi e procedure finalizzati ad adeguare l'offerta dei servizi per la salute alla nuova utenza immigrata avendo particolare attenzione all'equità, alla qualità e alla transculturalità.
  - Creare un sistema di offerta e di prestazioni attente alle persone, alle loro specificità culturali e quindi alla diversità.
  - Creazione di set di indicatori orientati alla popolazione immigrata e ai loro bisogni di salute a partire dai ricoveri ospedalieri, alla salute materno infantile, agli infortuni sul lavoro e ai traumatismi alle malattie infettive e alla mortalità.
  - Aumentare la formazione e la sensibilità degli operatori
  - Diffondere una cultura della prevenzione
  - Aumentare lo studio e le ricerche relative alle disuguaglianze di salute che riguardano gli immigrati, incrementando le fonti informative onde evitare che si abbia un quadro epidemiologico dei soli soggetti che accedono alle strutture di ricovero e quindi di tipo parziale (Niero, 2002).
  - Monitorare lo stato di salute e le condizioni di vita della popolazione immigrata.
- Particolare attenzione alle disuguaglianze di salute fra gli immigrati deve essere posta dalla sociologia della salute (Tognetti Bordogna 2008).

## Bibliografia di riferimento

- Acheson D., *Independent inquiry into inequality in health*, The stationery Office, U. K., 1998
- AGENAS, *La spesa sanitaria per gli immigrati*, Age.na.s.on line, marzo 2011
- Anand S. (2004). The concern for equity in health. In: Anand S., Fabienne P. e Sen A.K., a cura di, *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford: Oxford University Press.
- ASR, Regione Emilia Romagna, *Disuguaglianze in cifre*, Dossier n. 145, 2007.
- Ardigò A. (1997). *Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria*. Milano: FrancoAngeli.
- Bago d'Uva T.B. e Jones A.M. (2009). Health care utilisation in europe: New evidence from the ECHP. *Journal of health economics*, 28, 2: 265-279.
- Bartley M. (2004). *Health Inequality: An Introduction to Theory, Concepts and Methods*. Cambridge: Polity Press.
- Bianco M.L., *L'Italia delle disuguaglianze*, Carocci, Roma, 2001
- Blane D., (1985) An assessment of the Black Report's explanations of health inequalities, «*Sociology of Health and Illness*», Vol. 7, n. 3, pp. 423 – 445.
- Black D., Morris J.N., Smith C., Townsend P.(1980), *Inequalities in health*, Departement of health and social service, <http://www.sochealth.co.uk/history/blach.htm>
- Breilh J. (1979). *Epidemiologia: economia, medicina e politica*. Mexico City: Fontamara.
- Brian D., et al.,(eds), *Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care*, Institute of Medicine., Washington DC, The National Accademies press, 2002.
- Bona G., Zaffaroni E., "Infants of immigrant parents in Italy. A national multicentre case control study", in *Panminerva Med*, n 43, 2001, pp. 155-159.
- Borri G., Slonina Ubaldini G., *Anime della foresta. Tracce di un mondo sciamanico*, Marsilio, Venezia, 1999;
- Caritas-Migrantes, *Dossier statistico Immigrazione*. XII, XIII, XIV, Nuova Anterem, Roma, -2005.
- CENSIS, *Dare casa alla sicurezza. Rischi e prevenzione per i lavoratori domestici*, CENSIS, Roma, 2010.
- Chiazzo A, Cois E., "Il supporto sociale", in *Epidemiologia e Prevenzione*, n. 28, 2004.
- Cohen S., et Al. , *Social ties and Susceptibility to the Common Cold*, in "Journal of the American Medical Association", n. 277, 1997
- Cooper R., "A note on the biological concept of race and its application in epidemiological research", in *Am Heart J*, n. 108, 1984.
- Costa G. e Faggiano F., a cura di (1994). *L'equità nella salute in Italia: Rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Milano: Angeli.
- Costa G., Cardano M., Demaria M., (1998) *Storie di salute in una grande città*, Città di Torino, Torino.
- Costa G., Marinacci C., Caiazzo A. e Spadea T. (2003). Individual and contextual determinants of inequalities in health: The italian case. *International journal of health services*, 33, 4: 635-667.
- Costa G., Spadea T., Cardano M., (2004) *Disuguaglianze di salute in Italia*, *Epidemiologia & Prevenzione*, maggio – giugno.
- Costa G., Landriscina T., Marinacci C., et al., *I determinanti del fabbisogno di salute e di assistenza*, in *Monitor* 2008, 22 suppl 3, pp. 98-109
- CSDH (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Discussion Paper (Final Draft).
- Daniels N. (1985). *Just Health Care*. Cambridge, Cambridge University Press.
- DHSS (Black Report) (1980) *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group*, Department of Health and Social Security, London. <http://www.sochealth.co.uk/history/black.htm>.
- Donati S. et al., *Valutazione di sostegno e informazione alle partorienti indagine nazionale*, Rapporto ISTISAN, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2001.
- Fassin D. "La biopolitica dell'alterità", in Quaranta I., (a cura di), *Antropologia medica*, Raffaello Cortina, Milano, 2006
- Favaro G., Tognetti Bordogna M. (a cura di), *La salute degli immigrati*, Unicopli, Milano, 1988.
- Frigli L., Cuzzolaro M., *Medicina e Migrazioni, I e II Convegno*, Roma 1988, 1992.
- Gayran-Taminh, et al., *Pregnancy and labor of women born in Maghreb and Black Africa follone to delivery at the Maternity Hospital of Toulouse*, in *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, n. 28, 1999
- Gallino L., (a cura di) *Disuguaglianza ed equità in Europa*, Laterza, Bari, 1993
- Genova A., *Le disuguaglianze nella salute*, Carocci, Roma, 2008
- Gulliford M. e Morgan M., a cura di (2003). *Access to Health Care*. London: Routledge.
- Hummer et al., *Adult mortality differentials among Hispanic subgroups and non Hispanic White*, in "American Journal of Epidemiology", 8, 2000, pp 352-367
- Hayward M D., Heron M., *Racial Inequality in active life among older Americans*, in *Demography*, n 36, 1999, pp.234-252,
- INAIL, *Rapporto Annuale*, Roma, 2005
- INSERM, *Plomb dans l'environnement. Quels risques pour la santé?*, INSERM, Expertise collective, Paris, 1999
- Ires Piemonte, (a cura di), *Rumore. Atteggiamenti verso gli immigrati stranieri*, Rosenberg e Sellier, Torino, 1992.
- ISTAT, *Sanità. Statistiche in breve, Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia*, 11 dicembre 2008
- ISTISSAN, *Rapporto ISTISSAN*, Istituto Superiore di Sanità, Roma, dicembre 2005.
- Krieger N., *Theories for social epidemiology in the 21 st century : an ecosocial perspective*, in "International Journal of Epidemiology", n. 30, 2001
- Kuh D.et al., "Life corse epidemiology", in *Journal of Epidemiology and Community Health*, n. 57, 2003
- Kunst A.E., Mackenbach J.P., *An International Comparison of Socio-economic Inequalities in Mortality*, MGZ 92.11. Rotterdam: Dept. Public Health and Social Medicine, Erasmus University Rotterdam, 1992.
- Jones C. P., "Invited commentary: Race, racism and the practice of epidemiology", in *American Journal of Epidemiology*, n. 154, 2001.
- Leclerc A., Kamiski M., Lang T., (2008) *Inégaux face à la santé*, La Découverte – Inserm, Paris.
- Lucchini M., Sarti S., Tognetti Bordogna M., (2009) "I welfare regionali e le differenze territoriali nelle disuguaglianze di salute", in Brandolini A., Saraceno C. e Schizzerotto A., (a cura di), *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*, Il Mulino, Bologna, pp.165-189.
- Lucchini M., Tognetti Bordogna M., *Le disuguaglianze di salute*, in "Mosaico Italia", Franco Angeli (a cura di A. Magnier, G. Vicarelli), 2010

- Lurbe i Puerto K., Mujeres de origen extracomunitario "nuevas" usuarias de los servicios de salud reproductiva. Claves para reflexionar sobre los retos de una major heterogeneidad en la atención sanitaria, in "Solé e Flaquer", 2005 pp. 168 - 190.
- Lynch J. (2000) Income inequality in health: expanding the debate, in «Social Science & Medicine», n.51, pp. 1001 - 1005.
- Maciocco G. (2007). Politica, salute e sistemi sanitari: Le riforme dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione. Firenze: Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze.
- Maciocco G. (2009). I determinanti della salute: alla ricerca di un conceptual framework. Salute e Società, 8, 1: 30-42.
- Macintyre S., Ellaway A., Cummins S., (2002) Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them?, « Social Science and Medicine », vol.55, pp.125-139.
- Mackenbach J.P. e Kunst A.E. (1997). Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe. Social Science & Medicine, 44, 6: 757-771.
- Marceca M., Geraci S., Martino A.. (2006) "Esperienza migratoria, salute e disuguaglianze". Osservatorio Italiano sulla Salute Globale - OISG. A caro prezzo. Secondo rapporto sulle disuguaglianze. Pisa, ETS, 2006: 304-318.
- Mapelli V., I sistemi di governance dei sistemi sanitari regionali, Quaderni Formez n.57, Formez, Roma, 2007
- Marmot M., The influence of income on health: views of an epidemiologist, in "Health affairs", n. 21, 2002
- Marmot M., Status syndrome, London, Bloomsbury, 2004
- Marmot M. e Wilkinson G. (1999). Social Determinants of Health. Oxford: Oxford University Press.
- Marmot M., Wilkinson R.G., (2001) Psychosocial and material pathway in the relation between income and health: a response to Lynch et. al., «British Medical Journal», vol.322, pp. 1233 - 1236
- Ministero della Sanità, Relazione sullo stato di salute del paese 1999, Roma, 2000.
- Nazroo J., The Health of Britain's Ethnic Minorities, Policy Studies Institute, London, 1997.
- Niero M., Qualità della vita e salute, FrancoAngeli, Milano, 2002
- Nuvolati G., Tognetti Bordogna M., Ambiente, salute e qualità della vita, Franco Angeli, Milano, 2008
- Osservatorio Regionale per l'Integrazione e la Multietnicità - Regione Lombardia, La domanda di salute degli immigrati, Fondazione ISMU, Milano, 2005; Geraci S., Migrazioni e salute in Italia, Caritas Diocesana di Roma, Roma, 2005.
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, Rapporto Osservasalute 2010, Prex, Roma 2010.
- Padovan D., Alietti A., Disuguaglianze nelle minoranze etniche: una ricerca in due presidi ospedalieri della provincia torinese, in Tognetti Bordogna M., (a cura di), "Disuguaglianze di salute e immigrazione", FrancoAngeli, Milano, 2008
- Pasini N., Picozzi M., (a cura di), Salute e immigrazione. Un modello teorico-pratico per le Aziende Sanitarie, Fondazione I.S.M.U., FrancoAngeli, Milano, 2005.
- Perocco F., "Patologie sociali, immigrazione, lavoro sociale", in Basso P., Perocco F., (a cura di), Immigrazione e trasformazione della società, Franco Angeli, Milano, 2000, pp. 227-252.
- Reyneri E., Sociologia del mercato del lavoro, Il Mulino Bologna, 2005.
- Romano M.C., Rapport Medical 1997-1998, Service de promotion de la santé en faveur des élèves, Accadémie de Créteil, Créteil, 1998
- Schizzerotto A., (2002) Vite ineguali, Il Mulino, Bologna. Sen A. (2002). Why health equity?. Health Economics, 11, 8: 659-666.
- Sen A. (2005). Human rights and capabilities. Journal of Human Development and Capabilities, 6, 2: 151-166.
- Shaw M., Dorling D., Davey Smith G., "Poverty social exclusion, and minorities". in M. Marmont, G. Wilkinson, op. cit.
- Spadea T., Cois, E., I primi anni di vita, in "Epidemiologia e Prevenzione", supplemento 2004
- Strauss A., La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactioniste, L'Harmattan, Paris, 1992.
- Tognetti Bordogna (a cura di), I colori del welfare, FrancoAngeli, Milano, 2004a
- Tognetti Bordogna M., Cultural differences and health services in multiethnic society, in Salute e Società, n 3, 2004b.
- Tognetti Bordogna (a cura di), Immigrazione e disuguaglianza di salute, Franco Angeli, Milano, 2008
- Tognetti Bordogna, Il lavoro di cura tra produzione e consumo di welfare: il ruolo del network di cura, in "Badanti & Co. Il lavoro domestico straniero in Italia" (a cura di) R. Catanzaro e A. Colombo, Il Mulino, Bologna, 2009;
- Tognetti Bordogna M., L'evoluzione del sistema sanitario tra contenimento della spesa e modelli di funzionamento, in FNOMCeO, Centenario dell'istituzione degli ordini dei medici, Health Communication, Roma, 2010.
- Tognetti Bordogna, I "nuovi utenti" tra innovazione organizzativa e cambiamenti culturali, in Sociologia del Lavoro, n.2, 2011
- Tosi A., et al., Le culture dell'abitare, Edizioni Polistampa, Firenze 2001
- van Doorslaer E. e Masseria C. (2004). Income-Related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. Paris: OECD.
- van Doorslaer E., Koolman X. e Jones A.M. (2004). Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries. Health Economics, 13, 7: 609-628.
- Vannoni F., Cois E., "L'emarginazione sociale", in Epidemiologia & Prevenzione, maggio-giugno 2004, pp. 32-39
- Wieckrama K.S et al, "The intergenerational transmission of health-risk behaviors : adolescent lifestyles and gender moderating effects", in Journal of Health and Social Behavior, n. 3, 1999.
- Wilkinson R.G. (1992) Income distribution and life expectancy, «British Medical Journal», 304, pp. 165-168.
- Wilkinson R.G., Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality, Routledge, Londra, 1996
- Wilkinson R.G. (1997), Health Inequality: Relative or Absolute Material Standards?, « British Medical Journal », n. 314, pp.1727-1728.

.....  
Mara Tognetti

Docente di "Politiche sanitarie" e "Politiche dell'immigrazione", Dipartimento di sociologia e ricerca sociale Università degli Studi di Milano - Bicocca.  
Dirige la collana referata Politiche dell'immigrazione per i tipi di Franco Angeli.  
email: mara.tognetti@unimib.it

FRANCESCO MAISTO

# CITTADINI STRANIERI E TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE: IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

## 1. Diritti, risorse e cultura.

Sarebbe ingenua e superficiale la tesi secondo la quale il noto e conclamato fenomeno diffusivo della rarefazione, in alcune Regioni, dei diritti, ed in particolare del diritto alla salute, dei migranti, cittadini extracomunitari e comunitari, e di limitazione degli stessi, in altre Regioni, dipenda esclusivamente dalla riduzione delle risorse e dai conseguenti effetti di contrazione dell'organizzazione e dell'offerta dei servizi socio sanitari.

Abbiamo invece, vissuto, nel corso di questi ultimi anni in Italia, stagioni che hanno prodotto nel profondo, perdite di sentimenti positivi e "guasti dell'anima", e provocato, in modo visibile, un effimero destino alle persone socialmente deboli ed alle parole ad essi riservate, diventate impotenti alla tutela dei diritti umani più elementari.

C'è una non debole analogia tra la parabola dell'effettivo esercizio dei diritti dei soggetti deboli e l'amplificazione della penalità nei confronti degli stessi: non dipende solo dalla riduzione delle risorse. Sostiene, infatti, esattamente, David Garland ( "Pena e società moderna", Il Saggiatore, 1999), ribaltando paradossalmente le categorie marxiane di struttura e sovrastruttura e ponendo la cultura nella struttura, che è proprio la cultura il fattore determinante della pena ( e dell'effettivo godimento dei diritti): sono le diverse "mentalità", "sensibilità culturali" ed "emotive" ad influenzare le istituzioni ( penali).

Alla medesima enunciazione è possibile accedere in modo meno passionale, coniugando razionalità e

metodo, ma muovendo dalla distinzione tra situazione ed orizzonte, come definita, in modo impareggiabile, da Hans Georg Gadamer in "Verità e metodo": "Ogni presente finito ha dei confini. Il concetto di situazione si può definire proprio in base al fatto che la situazione rappresenta un punto di vista che limita la possibilità di visione. Al concetto di situazione è legato quindi essenzialmente quello di orizzonte. Orizzonte è quel cerchio che abbraccia e comprende tutto ciò che è visibile da un certo punto di vista". Questo non significa che la "situazione dei diritti dei migranti" ( come quella dei tanti soggetti deboli) non abbia orizzonti, ma certamente essa non consente di mettere a fuoco un orizzonte che si "vede" o appare deformato da un punto di vista, dall'interno dei Servizi socio sanitari. La prospettiva gadameriana, nel commento di Mauro Ceruti in "Il vincolo e la possibilità", sottolinea infatti, come la chiusura e la limitazione di ogni orizzonte non rimandano all'esigenza di un luogo fondamentale di osservazione, quale termine di riferimento per ogni comunicazione, ma costituiscono, al contrario, le condizioni di possibilità fra punti di vista differenti.

## 2. La Regola e regole

Allora, anche per i migranti è possibile o doveroso l'orizzonte della Costituzione Repubblicana.

Ha scritto Guido Rossi (Il gioco delle regole, Adelphi, 2006) "... la continua erosione delle regole non si limita a far apparire accettabili comportamenti, individuali o collettivi, che fino a poco tempo fa sarebbero stati aspramente (e giuridicamente) sanzionati, ma

intacca i valori su cui si reggono le società in cui viviamo, a cominciare dal modello che, in forme neppure tanto diverse, le ispira tutte ... il ricorso all'etica (o a ciò che per etica si intende, e che non è sempre chiaro) sta diventando compulsivo, mentre le leggi approvate procedono in direzione diametralmente opposta ... Per avviare una discussione seria su questi problemi è essenziale chiarirne i termini ... riprendere le definizioni dei concetti cardine ...”.

In questa prospettiva, allora, il quadro normativo di riferimento per i cittadini stranieri bisognosi di “trattamenti” delle patologie da dipendenza, nel contesto del diritto alla salute degli stessi, non si limita alla enunciazione delle “regole” di pronta e pratica applicazione, ma esige, in primo luogo, la riaffermazione della *Regola*, ed in secondo luogo, la sottolineatura che c'è una “gerarchia delle fonti del diritto”, cioè di *gerarchia tra le norme*.

E quindi riconoscere che nella gerarchia delle norme si pone, innanzitutto la Costituzione italiana e allo stesso livello, (ormai) la Convenzione europea dei diritti dell'uomo.

E poi le Leggi dello Stato,  
e poi i Decreti legislativi,  
e poi i Decreti legge,  
e poi le Leggi regionali.  
e poi i Regolamenti,  
e poi le Circolari,  
e poi i Protocolli.

Invece, salve le lodevoli eccezioni, una delle distorsioni della nostra post-modernità, che non riguarda soltanto i servizi socio sanitari, è quella di limitare l'orizzonte delle condotte professionali lecite all'osservanza delle Circolari e dei Protocolli. Lo stesso fenomeno si nota nel settore degli operatori dell'area della disabilità psichiatrica, geriatrica e perfino nella chirurgia estetica. Oggi sono tanti i medici ed i chirurghi che, imputati di lesioni colpose o di omicidio colposo, per colpa professionale, esprimono meraviglia ( “Ma io perché?...che sbaglio ho fatto?...(anche se poi c'è stato un evento dannoso)...tanto ho seguito il Protocollo.tanto ho seguito la Circolare”), dimenticando che a monte della condotta professionale lecita bisogna porre la diligenza, la prudenza, la perizia professionale richiesta dal Codice Penale e dalle Leggi ordinarie di settore.

La normativa secondaria, invece, nella gerarchia delle norme, è una normativa di sostegno, di appoggio, o meglio, di indirizzo pratico, ma non è il complesso della normativa, quella cioè che dà in senso della

legalità della condotta professionale.

### 3. Disorientamento tra diritti e sicurezza.

Credo poi che una tale diffusione di condotte e di culture dipenda da un grande disorientamento radicatosi a vari livelli, anche istituzionali, e talora, anche indotto con malafede nella nostra società.

A tal proposito, credo sia illuminante, invece di proporre una “griglia” manualistica, solita, classica, illustrare, come esempio di una questione di portata generale, e quindi valida sia per i rapporti tra i poteri dello Stato e delle Regioni, sia per i confini tra politica di pubblica sicurezza e politica sociale, una vicenda emblematica significativa di due diverse visioni della vita, delle relazioni sociali e dello Stato, di cui si è occupata la Corte Costituzionale.

Con la sentenza n° 61 del 25 febbraio 2011 nel Giudizio promosso dal Presidente del Consiglio dei Ministri contro la Legge della Regione Campania (8 febbraio 2010) relativa a “Norme per l'inclusione sociale, economica e culturale delle persone straniere presenti in Campania”, la Corte Costituzionale ha dichiarato in parte inammissibili, ed in parte non fondate le questioni di legittimità costituzionale sollevate dal Presidente del Consiglio dei Ministri.

Perché la Presidenza del Consiglio dei Ministri promosse il giudizio nei confronti della Regione Campania? Perché chiedeva che la Corte Costituzionale dichiarasse l'illegittimità costituzionale di questa legge? Perché la legge della Regione Campania prevede la pari opportunità di accesso ai servizi, i riconoscimenti e la valorizzazione della parità di genere ed il principio di indirizzo dell'amministrativa all'effettivo esercizio dei diritti delle persone straniere presenti in Campania. La legge ha inquadrato, a tal fine, le politiche della Regione e degli enti locali finalizzandole alla “rimozione degli ostacoli” per l'effettivo inserimento sociale e culturale e politico. Nell'atto introduttivo del giudizio davanti alla Corte Costituzionale, la Presidenza del Consiglio dei Ministri lamentava (sic!), innanzitutto la vaghezza, la genericità dell'espressione: “Rimozione degli ostacoli per l'effettivo esercizio dei diritti”. Ma guarda caso, l'art. 3 della nostra Costituzione, al secondo comma, parla proprio di rimozione degli ostacoli all'effettivo esercizio dei diritti.

In secondo luogo, la tesi del Presidente del Consiglio dei Ministri prospettava che, così operando, la Regione Campania si intrometteva in una materia disciplinata compiutamente dal Decreto legislativo n° 286 del 1998, cioè il Testo Unico sull'immigrazione, come modificato dai vari “Pacchetti sicurezza”



incentrando il trattamento degli stranieri sugli interventi espulsivi e sulla penalità carceraria. La Corte Costituzionale, invece, ha sancito innanzitutto che “deve essere riconosciuta la possibilità di interventi legislativi delle Regioni con riguardo al fenomeno dell’immigrazione, e poi ha precisato che l’intervento pubblico concernente gli stranieri non può limitarsi al semplice controllo dell’ingresso e del soggiorno degli stessi sul territorio nazionale, ma deve necessariamente considerare altri ambiti- dall’assistenza sociale all’istruzione, dalla salute all’abitazione-.... Tanto più che lo straniero è titolare di tutti i diritti fondamentali che la Costituzione riconosce spettanti alla persona”. Importante è poi l’insegnamento della stessa Corte Costituzionale che qualifica il contesto normativo nazionale e regionale come caratterizzato dal riconoscimento delle fondamentali prestazioni, atte a garantire il diritto all’assistenza sanitaria, in favore dello straniero, anche privo di un valido titolo di soggiorno, cioè “ anche agli stranieri irregolari”. Infine, la Corte ha evidenziato che lo stesso art. 34 del Decreto legislativo 286 del ’98 prevede la fruibilità delle prestazioni sanitarie anche per le persone straniere non iscritte nel registro, nel Servizio Sanitario Regionale.

#### 4. Due itinerari conviventi

Ma non basta, perché non solo di risorse, di culture, di distorsioni si tratta, ma anche di convivenza nella nostra legislazione, di impostazioni normative contrastanti che devono continuamente essere armonizzate, ricondotte ad unità, sia per via interpretativa ( non meramente applicativa) seguendo la gerarchia tra le stesse, sia per via giurisdizionale.

Convivono infatti nella nostra legislazione tanto un “percorso” per gli stranieri in generale, quanto un percorso specifico relativo al diritto alla salute con particolare riferimento alle tossicodipendenze.

Il primo, fino ad oggi purtroppo prevalente, è quello della Legge n° 94 del 2009 ( uno dei 3 “pacchetti sicurezza”) che, modificando il Testo Unico sull’immigrazione, ha configurato e rafforzato un diritto penale speciale per gli stranieri in generale, sanzionando l’inottemperanza all’ordine di esibizione di documenti e specificamente prevedendo, all’art.10 bis commi 1-3, il reato (che ha suscitato un grande clamore), di *ingresso e soggiorno illegale*, denominato anche “ *reato di clandestinità*”.

Agli effetti diretti dell’incriminazione (penale) si sono così aggiunti quelli indiretti, ma ugualmente dannosi,

che hanno provocato interrogativi e cacce alle streghe ( come l’obbligo di denuncia del clandestino da parte del medico, in ospedale, o da parte dell’assistente sociale, o da parte della Polizia Penitenziaria in caso di colloqui in carcere tra clandestini), finalmente superati favorevolmente sulla base di interpretazioni costituzionalmente orientate di quelle norme e quindi in base alla gerarchia delle norme alla quale mi sono innanzi riferito.

Il secondo filone o percorso riguarda quella parte della precedente, ma parimenti vigente legislazione relativa specificamente alle *tossicodipendenze*; ma analogo orientamento appare legittimo per la tutela della *salute mentale*, per l’*emarginazione*, e per qualsiasi forma di *disabilità fisica, psichica o sociale*. Mi riferisco cioè, agli artt. 90 e 94 del DPR, n° 309 del 1990 ( Testo Unico sugli stupefacenti), cioè della sospensione della pena ed all’affidamento in prova al servizio sociale per casi particolari per tossicodipendenti o alcooldipendenti, cioè a misure alternative alla detenzione in carcere previste per gli autori di reati, in presenza dei requisiti soggettivi attestati dai Ser.T. e di quelli oggettivi relativi all’entità della pena da espiare ed alla tipologia dei reati commessi. Ebbene, questa normativa di favore, applicandosi, a certe condizioni, ai tossicodipendenti, si deve applicare anche a quelli stranieri, in quanto la Legge non ne circoscrive l’applicazione ai soli cittadini italiani. Né può valere un improbabile principio, peraltro non normativizzato, di economia, di inapplicabilità agli stranieri sulla presunzione di una successiva espulsione. Vale anche qui la pena di sottolineare come la stessa Legge cd. Fini- Giovanardi non abbia modificato in senso sfavorevole e razziale, l’applicazione della Legge sugli stupefacenti anche agli stranieri.

All’origine di tutto il discorso normativo c’è infatti, l’art. 32 della *Costituzione*: “*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto, ( non dice del cittadino) dell’individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti.*” Dunque: come diritto dell’individuo e interesse della collettività!

E come c’è la previsione del diritto alla salute per la persona, così la nostra Costituzione non limita al cittadino i requisiti della pena legittima, disponendo in modo cogente, e non già come mero principio, all’art. 27 *che*:

*“La responsabilità penale è personale.*

*L’imputato non è considerato colpevole fino alla sentenza di condanna definitiva.*

*Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla*

*rieducazione dei condannati”.*

Dove le parole fondamentali sono: le pene, non le pene per gli stranieri e le pene per gli italiani. Devono tendere...e poiché questa tensione è significativa di flessibilità della pena è evidente che la flessibilità si applica attraverso quelle misure alternative alla detenzione, previste dal nostro ordinamento fin dal 1975 e costantemente confermate, sia dalla Corte Costituzionale che dalla Corte di Cassazione anche per gli stranieri.

### **5. Pene e misure alternative alla detenzione per gli stranieri tossicodipendenti**

L'art. 94 quindi è applicabile non solo ai condannati italiani, tossicodipendenti e alcoolodipendenti, ma anche ai condannati stranieri, anche irregolari, purché tossicodipendenti o alcoolodipendenti.

Ovviamente, l'applicabilità agli stranieri dell'affidamento terapeutico per tossicodipendenti e alcoolodipendenti, che è misura alternativa alla detenzione specifica, non esclude che anche ad esse si possano applicare, in altre situazioni, misure alternative diverse, come la semilibertà, la detenzione domiciliare, l'affidamento in prova al servo sociale, la liberazione anticipata, la liberazione condizionale, trattandosi comunque di forme diverse di espiazione della pena detentiva.

Concezioni governative deformanti sui rapporti tra salute e sicurezza emergono inoltre dalle sentenze n°269 del 2010 e n° 299 del 2010 nelle quali la Corte Costituzionale ha sancito, per la prima, in relazione ad una legge della Regione Toscana, che l'art.35, comma 3 del Testo Unico sull'immigrazione (assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale) si applica anche agli stranieri non in regola, nel senso di assicurare, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio,...assicurando altresì la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, la tutela della salute del minore, ecc.

e statali dei principi.

Ancora più specifica per la corretta attività degli operatori dei SerT è la citata sentenza n°299 del 22.10.2010 della Corte Costituzionale che, dichiarando l'infondatezza delle eccezioni sollevate dal Presidente del Consiglio contro la legge della regione Puglia del 4.12.2009 (Norme per l'accoglienza, la convivenza civile e l'integrazione degli immigrati in

Puglia), dopo aver ricordato come l'art. 35, commi 3,4,5 e 6 del T.U. Imm. e l'art. 43, commi 2,3,4,5 ed 8 del relativo Regolamento di Esecuzione disciplinano l'assistenza sanitaria in favore degli stranieri non in regola, ha sancito poi, che ad essi “ sono altresì applicabili le disposizioni del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n°309” (cioè la legge sugli stupefacenti). In particolare, la Corte ha ritenuto la correttezza dell'assegnazione, in sede di prima erogazione dell'assistenza, di un codice regionale, identificato con la sigla STP ( straniero temporaneamente presente), nonché l'erogazione dell'assistenza farmaceutica in relazione alle prestazioni ( lettera b) e la facoltà di scelta del “medico di fiducia”.

### **6. Il diritto alla salute tra politiche di sicurezza e politiche sociali**

Ancora più emblematica della distorsione e del disorientamento paradossale dell'attuale vicenda istituzionale del nostro Paese è quella di cui si è occupata la Corte Costituzionale con la sentenza n° 226 del 21 giugno 2010 che ha dichiarato l'illegittimità dell'art. 3 della Legge n°94 del 2009, già citata, nella parte in cui riservava ai Sindaci il potere di avvalersi della collaborazione di cittadini al fine di segnalare alle Forze di Polizia dello Stato o locali situazioni di disagio sociale. Si tratta della nota questione delle cd. ronde. Ebbene, la Corte Costituzionale, dando ragione alle Regioni Emilia Romagna, Toscana e Umbria ha chiaramente delimitato, pur riaffermando il principio di leale collaborazione, i compiti dello Stato per le politiche di sicurezza e quelle delle Regioni e dei Comuni per le politiche sociali. Ha precisato la Corte che il generico concetto di “ sicurezza urbana” si presterebbe a ricomprendere interventi - quali quelli volti a migliorare le condizioni di vivibilità dei centri urbani, la convivenza civile e la coesione sociale - che ricadrebbero nel campo della “polizia amministrativa locale”, di competenza legislativa esclusiva locale, mentre la formula “disagio sociale” evocherebbe un'ampia gamma di situazioni di emarginazione, di varia matrice eziologia, che richiedono interventi inquadabili nella materia delle “politiche sociali”. Merita attenta considerazione poi il passaggio motivazionale della sentenza nella parte in cui parla delle tossicodipendenze e della salute. Quando infatti enuclea il concetto di “politiche sociali” in relazione al “disagio sociale”, innanzitutto definisce la prima espressione come evocativa della generalità delle situazioni, protratte nel tempo, nelle quali un soggetto “non è in grado di utilizzare le proprie risorse e le

opportunità offerte dalla società” e quindi “si isola o suscita rigetto da parte della società stessa”, poi ne indica le molteplici cause, singole o combinate fra loro: ristrettezze economiche, difficoltà familiari, disoccupazione, malattie, invalidità, solitudine, età, carenze culturali, tossicodipendenza.

Una recente e significativa norma di tutela del diritto alla salute è inserita della Direttiva Europea n°115 del 2008, entrata in vigore il 24 dicembre del 2010, in mancanza di una legislazione conforme in Italia e contrastante con la Legge cd. Bossi- Fini. E’ comunque prevedibile l’emanazione di una legislazione conforme.

Il comma 4 dell’art. 6 dice: “In qualsiasi momento, gli Stati membri possono decidere di rilasciare, per motivi caritatevoli”.

E poi, importante per gli operatori di salute mentale e delle tossicodipendenze è l’art. 9, II comma: “Gli Stati membri possono rinviare l’allontanamento per un congruo periodo, tenendo conto di circostanze specifiche in ciascun caso. Gli Stati membri tengono conto in particolare delle condizioni fisiche e mentali di un cittadino di un Paese terzo.”

Ed ancora l’art. 14 esige che prima del rimpatrio:

- a) che sia mantenuta l’unità del nucleo familiare con i membri della famiglia presenti nel territorio,
- b) che siano assicurate le prestazioni sanitarie di urgenza ed il trattamento essenziale delle malattie.

Infine bisogna segnalare che il Decreto legislativo n° 230 del 1999 tutela il diritto alla salute dei detenuti: i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, all’erogazione delle prestazioni di: prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione efficaci ed appropriate. Il Servizio Sanitario Nazionale assicura, in particolare, ai detenuti i livelli di prestazione analoga a quelli garantiti ai cittadini liberi.

Paradossalmente è previsto trattamento di maggior favore per il cittadino straniero irregolare e detenuto rispetto al cittadino straniero irregolare e libero in quanto i detenuti stranieri, senza distinzioni, in modo perentorio sono iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, limitatamente al periodo di carcerazione negli Istituti Penitenziari, mentre, secondo l’art. 35 del Testo Unico Imm., correlato con l’art. 42 del Regolamento, c’è distinzione tra quelli iscritti al Servizio Sanitario Nazionale e quelli non iscritti.

#### Bibliografia di riferimento

- Mauro Ceruti, *Il vincolo e la possibilità*, Feltrinelli, MI, 1989
- Hans Georg Gadamer, *Verità e metodo*, Bompiani, MI, 1997
- David Garland, *Pena e società moderna*, Il Saggiatore, MI, 1999
- Francesco Maisto, *Una proposta ad alta penalità: osservazioni sul ddl. di modifica della disciplina degli stupefacenti.*, in, *La guerra infinita*, Ed. Menabò, 2005
- Francesco Maisto, *Barlumi di memoria e offensiva costituzionale*, in, *Di buona Costituzione*, AA.VV., Phoebus Edizioni, Napoli, 2006
- Francesco Maisto, *I rischi del curare. Come meglio tutelare le relazioni di aiuto*, in, *Psichiatria Oggi*, n°1, Giugno 2006.
- Francesco Maisto, *Vulnerabilità sociale e deistituzionalizzazione penitenziaria*, in, *Alternative al cielo a scacchi*, AA.VV., Angeli, Milano, 2006
- Francesco Maisto, *Le politiche socio-sanitarie nell’ambito delle sostanze psicoattive*, in, *Salute e Società*, anno VI, Supplemento al n°1/2007
- Francesco Maisto, *Attualità e prospettive legislative di interesse per gli operatori sulle tossicodipendenze*, in, *Delle droghe e delle pene*, AA.VV., Publiedit, Roma, 2007.
- Francesco Maisto, *Sul valore della Giustizia*, in *Avvocati per niente*, a cura di C.Giorgi, Milano, 2011
- Francesco Maisto, *Afflittività e affettività*, in AA.VV., *Il corpo e lo spazio della pena*, Roma, 2011
- Guido Rossi, *Il gioco delle regole*, Adelphi, TO, 2006



STUDIO UP 12

Francesco Maisto,  
Presidente del Tribunale di Sorveglianza dell’Emilia Romagna  
email: francesco.maisto@giustizia.it

## MIGRAZIONI CONTEMPORANEE

Mutazioni antropologiche del vivere nel pianeta e consumo di droghe illegali

Dialogo tra:

LEONARDO MONTECCHI

DIRETTORE DELLA SCUOLA DI PREVENZIONE JOSÈ BLEGER E PSICHIATRA DEL SERT DI RIMINI

GIAMPAOLO PRONI

DOCENTE DI SOCIOSEMIOTICA DELLA MODA, UNIVERSITÀ DI BOLOGNA/POLO DI RIMINI

### Premessa

Viviamo in un tempo di progressiva ed inarrestabile urbanizzazione. Questo fenomeno ha provocato una mutazione nella esperienza dell'abitare. Gli individui non muoiono più nello stesso luogo dove sono nati. Il fenomeno della migrazione in tutte le sue forme appare come la cifra della contemporaneità. Così come il vissuto dello sradicamento. In questa condizione umana prolifera il consumo di droghe illegali. La guerra alla droga appare come parte del problema e non come una soluzione.

**Leonardo:** La cifra della contemporaneità sembra essere la migrazione. Nascere e morire nello stesso paese è diventato un fatto sempre più raro. E' una mutazione radicale della nostra forma di abitare il mondo.

**Giampaolo:** allo stesso tempo il mondo è mutato così rapidamente nel secondo dopoguerra che persino chi è rimasto nello stesso luogo fisico è in un certo senso 'migrato' in uno spazio diverso. Spostamenti brevi, in genere dalla campagna alla città, sono state vere migrazioni. Personalmente ricordo quando nei tardi

anni '50 la mia famiglia si trasferì di pochi chilometri da un'area rurale a un nuovo quartiere vicino alle mura; il trasporto fu fatto con un carro e un cavallo. Pochi anni dopo mio padre comprò una Vespa e poi arrivò la 500.

**Leonardo:** Questa realtà è collegata a due fatti concomitanti: l'apertura delle frontiere (con la fine dell'isolamento del blocco socialista) e la progressiva urbanizzazione del pianeta.

Il primo ha causato grandi ondate migratorie dai paesi meno sviluppati a quelli più sviluppati. Il secondo ha fatto sì che gli abitanti delle città, dal 2006, superano quelli delle campagne, i contadini tendono a scomparire, i paesi ed i villaggi pure. Si sviluppano megalopoli che assumono forme sempre più incontrollabili e che sovvertono il rapporto città/campagna.

**Giampaolo:** Il sistema economico planetario si regge sulla circolazione delle merci, e questa sull'abbattimento delle barriere doganali. I pomodori cinesi arrivano sul mercato italiano da 10.000 chilometri di distanza ma costano meno di quelli locali. Il

mercato in cui da Cesena si spedivano le pesche in treno in Germania diventa improvvisamente piccolo. Però tutto questo nasce da un non-divieto e da una apertura, prima vi erano divieti e chiusure. Questo ci consente di avere anche la rete del mercato equo e solidale, che usa la globalizzazione per equilibrare aree lontane tra loro. E mescoliamo queste merci, come si fa nei GAS (Gruppi di Acquisto Solidale) con prodotti a chilometro zero. Locale e globale sono due pratiche che convivono fianco a fianco.

**Leonardo:** Ma le megalopoli si allargano e divengono necessariamente i luoghi dell'abitare, luoghi senza nessuna specificità, architetture seriali che costituiscono il piano di organizzazione delle esistenze.

Non sono più "città" nel senso che non possiedono nessuna "forma urbis" sono conglomerati costituiti da strade e contenitori di cemento o altri materiali che si riproducono metastaticamente seguendo le linee della speculazione immobiliare e della trasformazione del territorio in bene finanziario cartolarizzabile. Gli individui che circolano fra capannoni industriali, centri commerciali, multiplex cinematografici, ipermercati, vivono in un paesaggio privo di spazi pubblici per incontrarsi. Personaggi ben descritti da Ballard.

Circolano attratti dalla necessità o dalla noia nei percorsi commerciali e poi si rinchiodano nelle loro abitazioni, se le hanno, di fronte ad un televisore o allo schermo di un computer. Altri vivono negli slum o in strada: homeless a New York come a Delhi è solo questione di quantità. Non c'è megalopoli senza slum o baracche o favelas o villa miserias.

E dunque chi sono gli abitanti di queste megalopoli? Sono i migranti. E chi sono i migranti? Sono gli esseri umani che si sono spostati dalla loro dimora originaria per seguire un percorso che li porta in un altrove. Un migrante vive sempre altrove, non ha radici. I migranti sono la maggioranza del pianeta, gli abitanti delle megalopoli sono tutti migranti, si spostano o da megalopoli a megalopoli o all'interno della megalopoli da un quartiere ad un altro più volte nel corso della vita.

La velocità di questi spostamenti tende ad aumentare, il tempo vissuto nella stessa casa, fra le stesse mura diminuisce progressivamente. Il trasloco è un evento comune, ed un trasloco è una migrazione.

Pensiamo che nel volgere di nemmeno due generazioni è talmente aumentata la velocità degli spostamenti che ha reso città ciò che prima era campagna. Questo cambiamento ha portato a vivere un'esperienza di migrazione anche famiglie e persone che si sono spo-

state di pochi chilometri divenendo da contadini cittadini, o addirittura sono restate nella stessa casa rurale inglobata nella città. I contadini inurbati vivono lo stesso trauma anche se provengono da poco lontano, perché nella città si trovano comunque circondati da sconosciuti, in uno spazio delimitato da muri e non da confini, senza terra dalla quale trarre alimento.

Gli spazi urbanizzati inoltre diventano reti di punti connessi da canali di spostamento privi di caratterizzazione: autostrade, rotte aeree, metropolitane, ferrovie: si può in una giornata finire di lavorare a Spilimbergo, fare cena con gli amici a Lugo per poi andare in discoteca a Riccione.

**Giampaolo:** pensiamo al cambiamento enorme avvenuto nel trasporto aereo. Ancora negli anni '70, al di fuori degli USA, l'aereo era un mezzo elitario e costoso. Oggi in quasi tutto il mondo l'aereo è un mezzo a disposizione di tutti e il costo per chilometro è più basso di treno, auto e nave. La IATA prevede che nel 2011 il totale dei passeggeri aerei nel mondo sarà di 2,75 miliardi. Senza l'aumento dei costi e le perdite di tempo derivate dall'attentato dell'11 settembre 2001 (security check, controllo bagagli e passaporti, ecc) l'aereo sarebbe come un autobus.

**Leonardo:** Dunque in questo senso migranti siamo divenuti tutti. C'è un continuum con la figura del migrante, non c'è più una separazione netta: stanziale/migrante. Questa contrapposizione è una fantasia che diventa anche una ideologia reazionaria quando rivendica una identità legata al territorio che si contrappone agli stranieri 'venuti da fuori'. In realtà il 'fuori' è il fuori dal nostro appartamento, al di là del quale vivono sconosciuti.

Del resto anche la legge di cittadinanza legata al "sangue" nega la realtà dei cittadini della megalopoli che diventano migranti senza diritti.

**Giampaolo:** Di fatto in queste megalopoli caotiche circolano due tipi di abitanti: i cittadini e i non-cittadini, quelli che hanno legalmente diritto a esserci e quelli che vi sono ma non ne hanno il diritto. Siamo in una situazione analoga a quella dell'impero romano, nel quale la cittadinanza era un atto legale, non aveva più connessione né a *ius soli* né a *ius sanguinis*. Molte persone hanno più passaporti, altre ne hanno uno di un paese nel quale non possono più tornare o dal quale sono fuggite. Nuovi diritti di cittadinanza stanno nascendo. Paesi come l'Australia rappresentano la frontiera della gestione dell'immigrazione selettiva

e tecnocratica. Ma il rapporto persone-territorio è critico. Enormi masse umane come le popolazioni di Cina e India tendono a occupare i territori semi-vuoti e civilizzati di paesi come Australia e Canada. Tuttavia la massa degli immigrati viene addensata nelle metropoli e non va a distribuirsi nelle aree rurali.

**Leonardo:** Le megalopoli caotiche non insistono più sul territorio che le ospita, le loro connessioni sono planetarie.

**Giampaolo:** Il non-cittadino, se non viene fisicamente sequestrato, in poche ore può spostarsi in un altro spazio dove ha o meno esistenza legale. Il suo status cambia con il luogo, ma se appartiene a una delle grandi comunità globali (islamica, cinese, latino-americana, africana, slavo-russa, ecc) trova subito un suo riferimento. Oggi paradossalmente l'etnia ritrova un suo senso nel distribuire i migranti in spazi e reti esistenti ovunque nel mondo. Così come nelle città medievali del Mediterraneo (Napoli, Palermo, Istanbul, Venezia ecc) c'era il quartiere ebraico, quello cristiano, quello greco, e così via.

E' vero che gli stati sono in questo sistema solo una delle autorità di riferimento e non quella sovrana del XIX secolo e prima metà del XX. Quando nel 2007 i commercianti cinesi di Via Sarpì a Milano si ribellano alle restrizioni del Comune, interviene direttamente la Repubblica Popolare Cinese attraverso il consolato, in un corto-circuito Stato estero-Comune che ricorda più i tempi di Barbarossa che la diplomazia gerarchica del '900.

#### La grande crisi che stiamo vivendo

**Leonardo:** E' il grande capitale finanziario che ha via via distrutto le barriere degli stati nazionali per organizzarsi secondo forme caotiche prive di qualsiasi regola o limite che non sia il raggiungimento del massimo profitto in competizione costante con gli altri "competitor". Questi "spiriti animali", come li definiva Adam Smith, guidano la logica dei "mercati" che sono diventati i soggetti della nostra storia. In questo periodo è evidente che lo stato nazionale, qualsiasi stato, anche il più grande e potente come ad esempio gli Stati Uniti d'America, non è assolutamente in grado di regolare i mercati, manca un contenitore globale, una forma di governo planetaria che sia in grado di pensare al futuro del pianeta. Oggi ci stanno pensando, se così si può dire, organizzazioni che non sono elette, che non rispondono a nessuno, organiz-

zazioni come il FMI o il WTO che dettano ai governi nazionali le loro ricette neoliberiste che sono sempre le stesse: tagliare le spese ed aumentare le tasse. Così il processo di urbanizzazione, di abbandono delle campagne e di concentrazione degli abitanti nelle città sta aumentando costantemente: nel 2050 si prevede che la popolazione urbanizzata del pianeta sarà il 75%.

La crisi finanziaria ha prodotto una mancanza di fiducia: per questo le banche non si fanno più credito fra di loro, a cominciare dalle grandi banche multinazionali che "non possono fallire". Infatti sono state salvate dal fallimento dal credito concesso loro dagli stati, in primis gli Stati Uniti che per salvare JP Morgan, Merrill Lynch ecc ha enormemente aumentato il suo debito pubblico, ora a quota 15.000 miliardi di dollari. Questa enorme contrazione del credito (credit crunch) affligge gli USA, l'Europa e il Giappone, che sono il cuore della crisi. Un'immensa quantità di moneta è semplicemente scomparsa in seguito al crollo dei mutui subprime e dei derivati.

**Giampaolo:** la crisi però è solo in Europa occidentale (i paesi dell'Est ne sono stati colpiti meno o per niente, vedi Polonia), in USA e in Giappone. Si sta formando un sistema di scambi che non passa più per l'occidente. Significativa per esempio è la politica di penetrazione in Africa della Cina: "La Cina è il maggior partner del continente africano e acquista più di un terzo della sua produzione petrolifera. Un quarto degli investimenti cinesi sono diretti in Africa, e la Cina ha prestato ai paesi africani, negli ultimi due anni, più della Banca Mondiale." (<http://www.ilpost.it/2011/05/28/gli-interessi-in-africa-di-cina-e-india/>).

**Leonardo:** Le banche occidentali, dunque, restringono il credito e così l'industria si deprime; senza credito non si possono fare ordini di materie prime o seconde da avviare in lavorazione, la carenza di ordini di beni e servizi deprime il consumo così la produzione diminuisce, perché mancano gli ordinativi. La crisi da finanziaria è diventata crisi economica: recessione. La recessione aumenta il peso del debito pubblico che non può essere ripagato dalla crescita del PIL. Il rischio di mancanza di moneta obbliga gli stati con forte debito e basso tasso di crescita (come l'Italia) a rientrare dal debito con aumento delle tasse e riduzione delle spese. Questa ricetta peggiora ancora di più la crisi economica riducendo ulteriormente i consumi interni e gli ordinativi. Le aziende per non fallire riducono la produzione e mettono gli operai in

cassa integrazione ma il denaro per ammortizzare la crisi è sempre meno, quindi aumentano i licenziamenti, aumenta la disoccupazione. La crisi da economica diventa sociale.

**Giampaolo:** direi anche politica: i governi occidentali non hanno il coraggio di dire ai loro cittadini che non è una crisi dopo la quale tutto torna come prima, ma un cambiamento epocale e irreversibile. Il sistema bipolare USA-URSS che definiva il mondo fino al 1989 è finito per sempre. La presidenza Bush ha cercato di interpretare la nuova situazione come una 'vittoria imperiale' ma la gestione del pianeta si è rivelata troppo onerosa militarmente ed economicamente. Il passaggio a un sistema di equilibri senza una potenza dominante occidentale è difficile.

**Leonardo:** Questi processi erano già avvenuti in passato in molti paesi dell'Asia, dell'Africa o dell'America latina.

Ad esempio il trattato economico NAFTA fra Stati Uniti, Canada e Messico nei primi anni 90, provocò l'immissione nel mercato messicano del mais prodotto negli USA con l'agricoltura industriale. Il prezzo di quel mais era di molto inferiore al prezzo del mais prodotto dai nativi Quique nel Chiapas. Non era previsto nessun intervento sociale per "ammortizzare" gli effetti di questo accordo. Così al nativo del Chiapas era posta una sola alternativa o morire di fame o migrare, per esempio a Città del Messico (con i suoi 22 milioni di cittadini) e trasformarsi in una prostituta o un trafficante di coca o in uno degli innumerevoli mendicanti che offrono qualsiasi tipo di mercanzia nelle strade, o diventare un bandito. O insorgere ed inventarsi una altra forma di vita e lottare contro questa economia del capitalismo finanziario.

**Giampaolo:** l'apertura delle frontiere non è stata quasi mai accompagnata da una analisi previsionale in termini di ricadute sociali e neppure economiche. La mancata difesa dall'aumento speculativo dei prezzi al passaggio all'Euro dell'Italia è un esempio.

Scontiamo una inferiorità della politica nei confronti dell'economia, specie finanziaria, radicata in una interpretazione limitata del paradigma capitalista. Si dà per scontato che la società, le persone, si debbano adeguare ai macro-cambiamenti indotti dall'economia. L'economia assume il ruolo dell'ambiente nella teoria di Darwin: la specie si deve necessariamente adattare ad esso e ai suoi mutamenti. Ma l'economia è fatta dall'uomo, non è un fatto naturale. In realtà fin da Platone il principio per il quale il mercato è una

funzione della polis e non viceversa è al fondamento dell'Occidente. Il commercio equo, il chilometro zero, il banking etico, nuovi diritti dei lavoratori, ecc. non sono mai state politiche sostenute dagli Stati. La reazione costruttiva ai traumi del mercato globale, supportata dalle reti digitali e dalla coscienza globale del 99% dell'umanità, si è dunque espressa in modo spontaneo, perciò in ritardo e con fatica.

**Leonardo:** Questo processo di distruzione delle economie locali è stato anche un processo di distruzione e disarticolazione delle forme culturali e famigliari. Chi fuggiva dalla Nigeria o dal Marocco fuggiva o migrava o migra per trovare condizioni di vita che permettano a lui o lei ed alla sua famiglia di sopravvivere o di avere migliori condizioni sociali.

Pensiamo anche al momento che stiamo vivendo, perché oramai tutto il pianeta è collegato in una unica economia. La crisi sociale ha devastato anche le possibilità future di cambiamento, anche la futura promessa di lavoro è scomparsa. Questo nel nord Africa nello scorso anno si è concretizzato nella estrema forma di protesta di Mohammed Bouazizi che si è dato fuoco per protesta in Tunisia. Questo suicidio ha dato il via ad una serie di manifestazioni di protesta che hanno portato alla dimissioni di Ben Ali. Successivamente la protesta è dilagata in Egitto con i manifestanti in piazza Tahrir che portano alle dimissioni di Mubarak, in Libia con la tragedia della guerra civile che ha portato alla uccisione di Gheddafi, in Siria e in Yemen con le manifestazioni ancora in atto. In quasi tutto il mondo arabo la crisi da sociale è diventata politica.

In Europa è la Grecia al centro dello scontro sociale,



STUDIO Up-12

perché e lì che si è concentrata la crisi del debito, ma già dallo scorso anno (2010) si sono sollevati gli studenti in Inghilterra, ricordate l'assalto all'auto di Carlo e Camilla? In Inghilterra i tagli alle spese sono imponenti, nel novembre 2011 hanno scioperato gli statali. In Spagna è nato il movimento degli indignados, che ha occupato la Plaza del Sol a Madrid ed ha portato al centro dell'attenzione la condizione di disoccupazione e l'avidità del sistema finanziario. Questo movimento si è espanso e negli USA è apparso il movimento occupy Wall Street che ha coniato lo slogan "L'1% della popolazione sta decidendo sui noi che siamo il 99% Svegliamoci!"

**Giampaolo:** La riduzione sostanziale della democrazia è un rischio serio. Dopo il crollo della Merrill Lynch il pericolo che il controllo della finanza venga sottratto agli USA è concreto. Obama decide che il salvataggio delle banche è di interesse nazionale e si deve fare con il denaro dei contribuenti. Poi il debito in qualche modo si ripagherà. Il resto dei paesi occidentali segue l'indicazione. Se i governi eletti non hanno la forza per aggiustare i loro bilanci, si fanno come in Italia governi non eletti. La democrazia diventa dunque meno importante della contabilità. Ma i buchi di bilancio delle banche e degli Stati sono veramente stati fatti per offrire servizi ai cittadini o per rimediare agli errori dei grandi speculatori e ridare loro fiato nella competizione contro i paesi emergenti? Vi sono forti dubbi che la seconda sia la risposta corretta. Ma a noi normali cittadini, quale vantaggio viene dalle vittorie "militari" delle nostre banche?



STUDIO Up'12

**Leonardo:** Dunque, la migrazione sta all'interno di questo scenario, è evidente che si stanno generando nel pianeta flussi di moltitudini che migrano alla ricerca di migliori condizioni di vita o che semplicemente fuggono da condizioni di vita inaccettabili.

Questa mutazione antropologica che è in atto nel pianeta sta generando nuove forme di vita: minorenni che si nascondono nelle intercapedini dei camion, nelle pieghe dei treni, che vivono vite al margine, che si ritrovano in rave party o nelle strade e nelle piazze, che sono collegati tra loro con cellulari, che utilizzano Internet dove possono avere accesso, che trovano lavoro come lavapiatti a Milano poi un amico gli dice che a Londra c'è di meglio e ci vanno, che credono di stare meglio nel futuro, che prendono treni, camminano, si nascondono nei mezzi di trasporto inventandosi la vita migrante, che se ne fregano delle frontiere, che passano le frontiere, che non sentono le frontiere dentro di loro. Che parlano cinque lingue anche se non correttamente, che si fanno capire benissimo, che coltivano l'amicizia che sono ospitali. Che spacciano e se spacciano finiscono in una rete che li cattura, una rete doppia fatta di mafie o fatta di repressioni statali carcere controlli e così via.

#### Sostanze illegali e condizioni sociali

**Leonardo:** Il rapporto fra sostanze illegali e organizzazione sociale è fondamentale. Molto tempo fa mentre uno di noi era a Rio De Janeiro avvenne un fatto che esemplifica molto chiaramente questa relazione.

Era stato arrestato il maggior spacciatore della maggior favela di Rio che era soprannominato: medio Chilo, per via della cocaina. Quelli della sua banda arrivarono con un elicottero e lo liberarono dal carcere. La polizia sparò abbattendo l'elicottero ed uccidendo "Medio Chilo". La favela (300.000 abitanti) insorse perché il traffico di coca di Medio Chilo dava lavoro e denaro. La polizia circondò la favela, poi qualcuno ebbe una idea per evitare un massacro, ci furono trattative, il corpo di "Medio Chilo" venne consegnato agli abitanti della favela che lo coprirono con la bandiera del Botafogo e gli fecero un funerale portandolo come un eroe per le strade della baraccopoli. Da quell'episodio capii che la diffusione delle sostanze illegali, in quel caso cocaina, era in relazione con le condizioni sociali. Cosa volete che gliene importasse all'abitante della favelas se quella cocaina produceva una psicosi in un giovane ricco di Rio, per lui era importante avere messo in tasca un po' di real



per affrontare la giornata, forse non solo per sé. E' vero che era inserito in una mafia e che a lui arrivavano le briciole, ma questo è così. La macchina "cocaina" è fatta di coltivazione della coca, di produzione della cocaina attraverso vari passaggi poi di distribuzione passando attraverso vari livelli della sostanza. Il cartello della cocaina è una multinazionale potentissima che muove qualche migliaia di miliardi di euro. La risposta mondiale a questa multinazionale che si alimenta dalla proibizione è da sempre la "guerra alla droga". Non si tratta di una metafora, in Columbia questa guerra ha fatto decine di migliaia di morti senza ottenere nessun risultato. Attualmente la guerra è nel Messico, siamo arrivati a 30.000 morti senza che i narcos siano stati debellati. E' ora di cambiare strategia, è ora di smetterla con la guerra, di smettere con il proibizionismo che non è la soluzione del problema ma è parte integrante del problema. L'impostazione fortemente ideologica degli Usa condiziona una analisi precisa della strategia da seguire in questo campo. Anche la posizione ideologica o religiosa della Chiesa Cattolica non aiuta per nulla.

**Giampaolo:** la soluzione del problema delle dipendenze con il concetto di 'sostanze vietate' è ormai visibilmente inefficace. Risolvere un comportamento di ordine psicosociale con un divieto legale è di per sé poco sensato. Inoltre, la globalizzazione dei flussi economici e finanziari, le migrazioni, la facilità di spostamento delle persone, lo stile di vita delle metropoli rende ancora più difficile la lotta al narcotraffico e ancora più grande il mercato per le mafie che lo gestiscono. Il denaro generato da questi soggetti diventa multinazionale per la grandezza dei suoi volumi, ai quali è impossibile porre argine. Quando un'organizzazione criminale è disposta a lasciare il 50, 7% di milioni di dollari a chi è disposto a 'lavarli' il profitto diventa tale da corrompere anche i soggetti più virtuosi. La soluzione non può che collocarsi in un percorso di depenalizzazione e di risposta sociale che minimizzi i costi umani ed economici delle dipendenze.

**Leonardo:** Ma dobbiamo ancora parlare di eroina. Come si sa per produrre l'eroina occorre la morfina base che si ricava dall'oppio. Ora il 70/80 % dell'oppio mondiale si produce in Afghanistan. Do you remember this name? Che cosa sta facendo in quello stato da oltre 10 anni l'esercito Nato più gli americani per conto loro più gli inglesi? Ricordo che i Talebani

avevano azzerato la produzione di oppio, questo semplice fatto evidenzia che se si vuole si può. Ma dicono che i Talebani l'avevano fatto per fare rialzare il prezzo dell'oppio ecc. D'accordo, ma questo vuol dire che se si vuole si può.

Chi è che non vuole? Non è ora di finirla con questa macabra presa in giro? Noi crediamo che nello scenario attuale i servizi, le comunità terapeutiche debbano promuovere la fine della guerra alla droga, lo smantellamento di tutti quegli strumenti legati a quella strategia perdente.

Anche sul piano finanziario la fine della illegalità di alcune sostanze porterà all'emergere di una enormità di flussi finanziari che condizionano la crisi attuale.

Quando si parla di mercati, di investitori, tutto rimane sempre misterioso. Chi sono i mercati? Sono 10 grandi banche che gestiscono il 70% dei flussi finanziari del mondo. E dove finiscono i flussi finanziari del traffico della cocaina e dell'eroina? Pensate che vadano sotto il materasso di qualche Enrique o di un qualche Abdul o che finiscano in qualche banca d'affari che li fa fruttare vendendo titoli Italiani e comprando titoli tedeschi o speculando al ribasso su qualche altro titolo di Stato?

Oramai tutto è interconnesso ed è sempre più necessario mostrare la nudità del re e che non bisogna avere paura del capitale finanziario perché oggi sempre di più dimostra di essere una tigre di carta.

#### Bibliografia

- James Ballard Regno a venire Feltrinelli Milano 2006  
 Mike Davis Il pianeta degli Slum Feltrinelli Milano 2006  
 Leonardo Montecchi Varchi Pitagora Bologna 2006  
 Leonardo Montecchi Controffensiva [www.area3.org.es/](http://www.area3.org.es/)  
 Karl Marx Il capitale Newton Compton Roma 1970

Leonardo Montecchi, psichiatra SerT di Rimini,  
 tel. 0541.325116  
 email: lmontecchi@libero.it

Giampaolo Proni, Docente Università degli Studi di Bologna  
 tel. 0541.434033  
 email: giampaolo.proni@unibo.it

## LE BUONE PRASSI PER IMMIGRATI CON CONSUMO DI DROGHE: INDICAZIONI DELLA REGIONE ER

### Premessa

Nell'ambito del "Progetto per persone migranti che hanno sviluppato dipendenza da alcol e sostanze stupefacenti", nel 2010 è stato costituito un gruppo di lavoro regionale al quale è stato dato mandato di:

- censire e analizzare i progetti e gli interventi esistenti nel territorio regionale rivolti in modo specifico agli immigrati
- identificare le specificità e definire linee di indirizzi e buone pratiche
- proporre specifiche attività di formazione degli operatori.

### Obiettivi rilevazione realtà emiliano romagnole

In una prima fase conoscitiva si è avviato un confronto sugli aspetti peculiari delle singole realtà organizzative dei SerT e delle significative differenze di popolazione, di genere, di cultura, di religione. Quest'ultimo aspetto, sia riferito alla popolazione immigrata presente sul territorio, sia a quella che accede ai servizi per le dipendenze patologiche.

Ciò ha consentito di:

- rilevare i criteri che caratterizzano ciascuna realtà in rapporto a ente locale, privato sociale, enti accreditati, servizi a bassa soglia d'accesso, ospedale, carcere,...
- recuperare le peculiarità della popolazione straniera in trattamento: quanti sono e se possibile divisi per paese di provenienza; quanti regolari e quanti irregolari;
- iniziare una ricognizione sull'esistenza di progetti

rivolti a stranieri tossicodipendenti/alcolisti negli propri territori;

- iniziare a individuare interlocutori significativi e accreditati, rappresentanti le comunità di stranieri presenti sui territori.

Alcune specificità emerse particolarmente tarate sugli immigrati irregolari:

**Piacenza:** esiste una unità di strada che non effettua trattamenti farmacologici, ma invia al SerT e non si effettuano trattamenti comunitari per irregolari

**Parma:** esiste una unità di strada che non effettua trattamenti farmacologici e l'8% degli accessi riguardano irregolari per i quali non si effettuano percorsi comunitari se non per eccezioni motivate

**Reggio Emilia:** presso la Villetta degli Svizzeri, servizio a bassa soglia di accesso, la maggioranza degli accessi di stranieri è costituita da irregolari. Si inviano le persone al SerT per trattamenti metadonici.

Si a percorsi comunitari in casi specifici e con progetto di rientro onorevole.

**Modena:** non si effettuano percorsi comunitari per irregolari, non considerando questo un trattamento indifferibile. Vi è l'unica eccezione di due situazioni inviate direttamente dal carcere. Presenza di sezione custodia attenuata per tossicodipendenti a Castelfranco Emilia

**Bologna:** presente Unità Mobile con infermieri e medici dedicati che effettua trattamenti sanitari.

Inserimenti in comunità per irregolari non vengono effettuati se non in presenza di particolari esigenze (es. madre bambino con decreto del Tribunale per i Minorenni).

**Ravenna:** diversità di lavoro nelle tre sedi ser.t. presenti. Singolare l'esperienza di Faenza che ha inserito 17 stranieri in comunità di cui 7 irregolari e tutti provenienti dal carcere. Il tutto attribuendo alla comunità il pieno significato di trattamento sanitario, ai sensi del dpr 309/90. I trattamenti citati sono in corso e non è chiaro come potranno evolvere in fase di reinserimento, alla luce dell'attuale normativa sull'immigrazione.

**Forlì:** numerosi gli stranieri in carico, si effettuano trattamenti comunitari anche per irregolari, in casi particolari. Forte presenza di comunità Rom, con la caratteristica di ragazzi nati in Italia che al compimento dei 18 anni non sono né italiani né bosniaci, privi di cittadinanza e non ancora in condizione di apolidia. Presenza di sezione custodia attenuata per tossicodipendenti nel carcere

**Cesena:** è stata operata una scelta che definisce criteri di accesso in comunità dando priorità ai residenti anche stranieri, favorendo la condizione di regolarità. Eccezionale l'inserimento di irregolari. L'Unità di Strada ha funzioni preventive.

**Rimini:** presenta la particolarità della presa in carico di utenti di San Marino e dell'accoglienza di cittadini stranieri giunti per problematiche HIV correlate. Altra tipologia è costituita da familiari delle badanti o di coloro che lavorano nel settore del turismo che arrivano per ricongiungimento (molti dall'ex URSS). Presenza della sezione attenuata per tossicodipendenti in carcere. Gli stranieri in comunità sono tutti regolari

Progetti specifici:

A Reggio Emilia: Villetta Svizzera e Progetto Stazione. Due progetti accomunati da un obiettivo comune: portare gli operatori a migrare sul territorio, sviluppando maggiori contatti con la comunità. Ciò ha consentito di rilevare diversità molto evidenti nelle varie tipologie di popolazioni straniere incontrate.

## 2. Sintetici risultati conoscitivi

In generale è stato possibile riscontrare che:

- il popolo dell'est ha un uso elevato per via venosa, uso massiccio di alcol, poco o niente spaccio, concomitanza/vicinanza con attività di prostituzione femminile, uso di metadone in vena (fenomeno difficilmente riscontrato altrove) accesso ai servizi

più facile e migliore compliance al trattamento;

- il popolo magrebino è più coinvolto in attività di spaccio, prettamente maschile, non presenta prevalenza di uso endovenoso ma preferisce eroina fumata e abuso di alcol;
- la popolazione cinese e indiana, che pare ad alta concentrazione in alcune zone, è invece più "invisibile" e non accede ai SerT.

Una problematica emergente segnalata in tutti i territori provinciali è lo *scollamento tra interventi sanitari e sociali*: l'aggancio dal punto di vista del trattamento sanitario viene vanificato o quanto meno molto ridimensionato dalla mancanza di supporto sociale (es: se la persona non ha da dormire è problematico il mantenere una astinenza da alcol)

I comuni, a fronte di un aumento delle problematiche sociali, aderiscono maggiormente agli aspetti formali dei loro interventi.

Tutti i componenti il gruppo si sono trovati concordi sul fatto che in Regione "non si muore di fame", perché tante sono le opportunità soprattutto offerte dal privato (*le opere di misericordia sono ancora in auge,...*)

Inoltre si comincia a vedere la necessità di pensare ad interventi rivolti alla riduzione dei rischi per gli stranieri di 2° generazione che spesso vivono una situazione di mancanza di identità e radici

Ci si è interrogati sul raffronto tra costi per gli interventi socio-sanitari versus gli elevati costi di una carcerazione o di un ricovero improprio o di permanenza al CIE (Centro di Identificazione ed Espulsione).

...quanto più converrebbe, anche dal punto di vista economico, trovare le modalità per favorire rientri di sollievo o rientri definitivi nei paesi di origine?

Alcune esperienze realizzate a Reggio Emilia hanno portato a sottolineare l'assoluta importanza di un aggancio con l'interlocutore significativo nel paese di origine, perché un rientro funzioni.

Successivamente il gruppo ha evidenziato possibili temi di formazione:

- 1 aspetti normativi sul diritto alla cura e la possibilità di accesso ai servizi per chiarire ciò che si può fare, la tempistica, la legalità,...
- 2 approccio antropologico culturale nello sforzo di promuovere la capacità di entrare in relazione: non si possono conoscere tutte le culture del mondo ma si può imparare ad avere un atteggiamento di ascolto che favorisce l'incontro.

Unanimemente si è condiviso il fatto che questi temi andrebbero riproposti con continuità agli operatori dei servizi che si occupano di dipendenza patologiche, per una puntuale “manutenzione”, della motivazione a tenersi allenati ad una società in continuo cambiamento.

Sui temi di formazioni individuati si è proceduto realizzando due specifici eventi formativi:

- CULTURA SALUTE MALATTIA: UNIVERSALISMO E DIVERSITA' NEL LAVORO AL SerT ” il 31 marzo 2011 con il dottor Marco Mazzetti, Medico psichiatra, da molti anni si occupa di sociologia e antropologia della salute, con particolare attenzione ai temi dell’immigrazione, e svolge, accanto alla professione di psicoterapeuta didatta, attività di formazione su questi temi.
- CITTADINI STRANIERI E TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE: IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO il 30 giugno 2011 con il dottor Francesco Maisto, Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Bologna.

### 3. Gli obiettivi delle linee guida, in sintesi

La tutela della salute dell’immigrato, che ha più difficoltà ad accedere alle cure, è legata al grado di accessibilità ai servizi socio-sanitari che dipende prevalentemente dalla normativa e alla fruibilità dei servizi socio-sanitari oltre alla capacità culturale degli stessi immigrati e degli stessi servizi ad adeguare le risposte ad utenti differenti.

Questo documento si propone di:

- 1 Fornire indicazioni per una corretta applicazione della normativa vigente per l’assistenza alla popolazione immigrata e straniera che accede ai SerT.
- 2 Tendere a uniformare, nel territorio regionale, le modalità di erogazione dell’assistenza, riducendo le difficoltà burocratiche per l’accesso alla cura.
- 3 Offrire agli operatori informazioni e indicazioni per affinare le capacità relazionali di approccio.

I servizi devono creare situazioni di facilitazione degli accessi sia al front office che nell’accoglienza.

### Inquadramento del fenomeno

Gli immigrati e i loro figli rappresentano oggi una parte sempre più rilevante - circa il 10% - della nostra popolazione, poiché spesso sono in condizioni di vulnerabilità sociale e più a rischio, non possono essere “lasciati indietro”, pena un aumento dei conflitti sociali e

dei costi da sostenere.

Infine va ricordato che, a seguito della Legge costituzionale n. 3, 18 ottobre 2001 “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”, le Regioni sono gli enti di programmazione cui spetta la competenza legislativa in termini di tutela della salute, ma compito dello Stato è quello di garantire l’equità nell’attuazione del diritto alla salute sancito dalla Costituzione, attraverso un costante confronto con le Regioni.

### Il target di riferimento

Il target a cui faranno riferimento le raccomandazioni delle linee guida sarà quello degli utenti stranieri. Si possono distinguere gli stranieri in:

- 1 non comunitari, coloro che hanno la cittadinanza in un paese non appartenente all’UE;
- 2 comunitari.

Per l’attuale legge italiana i bambini nati in Italia, da genitori entrambi non italiani, sono cittadini stranieri.

### Prospettive future gruppo Regione Emilia Romagna

Attualmente il gruppo sta lavorando alla revisione e sistematizzazione delle indicazioni raccolte al fine di poterle presentare ai servizi e agli interlocutori istituzionali preposti, per un confronto, un miglioramento, una condivisione.

#### Bibliografia minima di riferimento

- Tobie Nathan Isabelle Stengers: Medici e Stregoni 1996 Bollati Boringhieri Torino
- Marco Mazzetti, Strappare le radici: psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano, 1996 l’harmattan Torino
- Il Dialogo Transculturale: manuale per operatori sanitari e altre professioni d’aiuto 2003 Carrocci Faber Roma
- Fawzia Zouari, Ce pays dont je meurs, 1999 Edition Ramsay Paris
- Giovanni Catti, Quando il vicino di banco si chiama Abdl Karim, 1991 Thema Editore Bologna

Alba Fabbri, medico farmaco tossicodipendenze, AUSL Bologna – Ser.T. Ovest  
 Coordinatrice Gruppo Regione Emilia Romagna “Droghe e immigrazione”  
 tel. 051.3172011  
 email: alba.fabbri@ausl.bo.it

ROBERTO LUGLI

## DIPENDENZE E IMMIGRAZIONE: L'ESPERIENZA DEL DROP-IN DI REGGIO EMILIA

### Introduzione

Il Drop-In di Reggio Emilia, la cui esperienza rimanda direttamente al nome di “Villetta Svizzera” ha ormai compiuto 12 anni e, in tutte le sue trasformazioni, fino alla recentissima gara d'appalto europea, che ne ha definito il passaggio di sede ha, quasi da subito, incontrato pazienti immigrati. Sicuramente ciò è stato favorito da fattori intrinseci alla struttura, nata come Bassa Soglia per accogliere tossicodipendenti attivi nella soddisfazione dei loro bisogni primari e nella Riduzione dei Danni correlati al consumo di sostanze. A sostegno di una valutazione d'impatto, si aggiungano anche tra le sue specificità quella di contribuire a facilitare l'accesso alla rete dei servizi, a creare possibilità di socializzazione, a ridurre il drop-out, oltre che i decessi per overdose.

### 1. 2001 Odissea nello spazio...a disposizione e poi rientro volontario assistito.

I primi due immigrati tossicodipendenti che abbiamo conosciuto (era il 2001) provenivano dalla Tunisia e, dopo una lunga permanenza da regolari nel nostro paese, avevano perso casa, lavoro e documenti e vivevano completamente emarginati dalla propria comunità d'appartenenza, vista la loro caduta “a capofitto” nell'uso iniettivo di eroina, a cui si aggiungevano un consumo consistente di alcool e uno abituale di cannabis.

Entrambi, presentavano per la prima volta al nostro sguardo “naïf” un quadro che oggi è ormai familiare:

- l'assenza di una rete sociale e culturale (emarginazione, vita di strada, basso livello d'istruzione, inoccupazione lavorativa, richieste legate alla soddisfazione di ogni bisogno primario);
- la perdita della posizione giuridico-legale di regolarità;

- una pregressa carcerazione;
- un quadro medico già compromesso, dovuto a condotte altamente rischiose per la salute (sebbene la storia tossicomane relativamente breve);
- la dichiarazione di aver conosciuto le droghe pesanti in Italia;
- un complesso quadro psichiatrico, secondo quanto da loro comunicato, in parte legato al fallimento del proprio progetto migratorio e in parte all'isolamento, anche auto-inflittosi, per la vergogna e il senso di colpa verso i familiari rimasti nel paese d'origine.

La relazione che gli operatori sono stati in grado di creare è stata senza ombra di dubbio lo strumento principe, il quale ha consentito, dopo circa 6 mesi di presenza in “Villetta Svizzera”, di accompagnare le persone verso una presa in cura da parte del Ser.T.

Il fatto che i due uomini abbiano raggiunto e mantenuto una buona condizione di compensazione dal punto di vista del trattamento farmacologico sostitutivo (nello specifico, metadone) è riconducibile al lavoro integrato tra drop-In e Ser.T di formazione/informazione sulla funzione del metadone e sull'importanza della compliance, lavoro mai fatto prima d'allora con pazienti provenienti da altri paesi.

Il percorso terapeutico è proseguito con il loro inserimento (pochi mesi) a “La Tregua”, una struttura di pronta accoglienza residenziale (sulla tipologia di un “Pronto Soccorso Sociale” o “Centro Crisi”) della Papa Giovanni XXIII reggiana, che si è mostrata altamente efficace e utile alla disassuefazione, all'allontanamento dalle sostanze e da tutte le condotte ad esse correlate, nonché ad una minima riabilitazione delle proprie risorse psicofisiche.

Durante la comunità si è potuto ricostruire alcuni pezzi della vita che erano andati sfilacciandosi e creare

uno spazio di pensiero, in cui maturare la decisione consapevole di ritornare in patria. Ma è anche nella preparazione della famiglia che si gioca l'esito di un rientro onorevole. L'importanza del contesto sistemico e familiare vale universalmente, anche in campo transculturale e diventa strumento fondamentale per poter immaginare un nuovo progetto di vita.

I nostri due pazienti sono tutt'ora in Tunisia, dove, reintegratisi, lavorano e non usano più droghe pesanti. La regolarità costante del legame telefonico tra loro e la nostra responsabile mostra il buon esito e l'efficacia di questo primo intervento avanguardistico. Ad oggi, quando il tema dei rientri assistiti è divenuto cruciale, dal nostro Drop-In altri 46 uomini sono stati aiutati a rientrare, soprattutto in Tunisia, ma anche in Marocco.

## 2. Quando il ragazzo non è più "in vena"... di restare.

Cosa resta quindi della nostra esperienza circa i rientri volontari assistiti di pazienti magrebini?

- il progetto migratorio non è mai soltanto un investimento individuale, ma riguarda la famiglia intera;
- l'aiuto del mediatore interculturale è essenziale su almeno tre livelli: quello del migrante che deve elaborare il suo nuovo progetto di vita, quello dell'equipe che deve comprendere i sentimenti profondi dell'utente, quello della famiglia che si deve preparare ad accogliere nuovamente il proprio figlio e fratello;
- amici connazionali, parenti o persone di fiducia sono indispensabili per evitare il drop out, ovvero per accompagnare la persona, se non fino al paese di origine, almeno fino alla frontiera, al porto o all'aeroporto, eventualmente organizzando, con altri amici, una catena umana che sia di supporto al paziente fino alla meta finale;
- la figura femminile, sia essa la madre, o in assenza di questa, la sorella maggiore, è interlocutore cruciale per rendere attuabile il rientro;
- questo tipo di intervento, oltre che rispettoso delle istanze psicologiche ed emotive della persona, risulta anche profondamente vantaggioso dal punto di vista economico (le uniche spese richieste sono biglietto, vitto, pochi oggetti per sé e qualche dono per i familiari in attesa).

## 3. La "Villetta" non è più solo svizzera. "Cambio/Scambio" ... di culture.

Prima di passare a valutare i punti salienti di come si sia evoluto, nel nostro Drop-In, il rapporto tra immigrazione e tossicodipendenza, può essere utile ripercorrere a

spot ciò che ha caratterizzato gli anni intermedi:

- i ricongiungimenti familiari della popolazione dell'Est (soprattutto Georgia e Ucraina), che arrivava con una tossicodipendenza pregressa incominciata nel paese d'origine;
  - la slatentizzazione di sintomi psichiatrici gravi / le psicosi acute secondarie all'uso;
  - i primi minori non accompagnati;
  - la facile reperibilità e il basso costo di stimolanti, che hanno portato ad un uso compulsivo di cocaina, iniettata dalla popolazione dell'Est, fumata in bottiglia dai magrebini;
  - la tossicodipendenza di strada dei pusher tunisini;
  - l'abuso e il misuso di benzodiazepine;
  - l'impotenza dei SerT davanti il cocainismo e il totale fallimento della ritenzione in trattamento;
  - l'effetto "porta girevole" tra Drop-In, carcere, "La Tregua";
  - l'aumento di episodi di violenza;
  - l'incremento di conflitti razziali tra italiani e stranieri.
- Oggi, le criticità e le sostanziali differenze con i casi del decennio trascorso sono le seguenti:
- l'arrivo di giovani magrebini, già irregolari e spesso già abusatori di alcool, cannabis, cocaina, eroina, ma soprattutto benzodiazepine, con un progetto migratorio non rivolto all'inserimento lavorativo, ma al mercato dell'illegalità;
  - l'arrivo di profughi, con condizioni di salute psicofisica già in parte compromesse;
  - la caduta nell'irregolarità di anziani, soprattutto Magrebini, ma anche Rumeni e Ghanesi, che, pur avendo lavorato in regola e versato contributi per decine di anni, perdono casa e famiglia e sprofondano nella dipendenza da alcool a basso costo, sviluppando importanti patologie d'importanza sia medica che psichiatrica;
  - la tragicità della "doppia assenza" (nel senso del sociologo Abdelmalek Sayad) nelle seconde generazioni;
  - la ripopolazione dei parchi cittadini, dove divengono visibili sia l'abuso alcolico, sia il mercato di metadone e psicofarmaci;
  - il misuso del metadone iniettato, soprattutto tra la popolazione dell'Est Europa, con tutte le pericolose conseguenze che questa condotta comporta;
  - il fenomeno della diversione: un trait d'union distorto tra italiani e stranieri.

Da qui, può essere interessante vedere, oltre all'impatto socio-sanitario, quelle che sono state le risposte del territorio reggiano. In particolare:

- la partenza da circa un anno e mezzo del “Progetto Stazione”, rivolto, secondo l’ottica della Riduzione del Danno, a immigrati consumatori principalmente di alcol, ma anche di sostanze illegali. A tale progetto, coordinato da Emanuela Vaccari dell’assessorato alla Sicurezza, partecipano, ognuna con la propria storia e la propria differente professionalità, la Coop. Soc. “La Quercia”, l’Associazione “Papa Giovanni XXIII”, il “Cei.S.”;
- l’avvio, da Maggio 2011, di un’ Unità di Strada (“Switch Up”), legata all’assessorato alle politiche sociali, che, sempre seguendo la politica della prossimità e dello street working, rinforza ulteriormente i legami di una rete atta a supportare gli individui tossicodipendenti con prevalente marginalità sociale, siano essi regolari o irregolari;
- l’apertura, insieme al nuovo Drop-In, di un ambulatorio SerT ad alta accessibilità e rapida presa in carico.

#### 4. “Uno, nessuno, centomila”...Qualche numero per concludere

Viste le difficoltà oggettive di un Servizio a bassa soglia d’accesso nella reperibilità di dati validi ed attendibili (e la loro successiva elaborazione) ci porta a presentare dati arrotondati “per difetto”. La presentazione di dati grezzi, relativi agli ultimi 3 anni di attività (a partire dal 2009, anno in cui l’utenza straniera salì al 28% della popolazione totale), ha l’intento di osservare “qualitativamente” l’evoluzione dei migranti tossicodipendenti da noi contattati.

##### Anno 2009

Nel 2009, gli immigrati che hanno cercato risposta ai propri bisogni presso la “Villetta Svizzera” erano 166, di cui 78 nuovi accessi:

- 53 provenienti dall’Est Europa;
- 113 provenienti dal Magreb.

E’ possibile comparare tale dato con quello dei 422 cittadini italiani che hanno avuto almeno un accesso in Struttura:

- 340 appartenenti al SerT di Reggio Emilia o a uno dei Distretti provinciali;
- 82 appartenenti ad altri SerT nazionali o del tutto sconosciuti a un qualsivoglia Servizio.

##### Anno 2010

Nel 2010, gli immigrati passati per il Drop-In erano 135:

- 48 provenienti dall’Est Europa, di cui 19 i nuovi accessi;
- 87 provenienti dal Magreb, di cui 25 i nuovi accessi.

Questo dato può essere confrontato con quello dei cittadini italiani che hanno frequentato nello stesso anno la “Villetta Svizzera” in un numero totale di teste pari a 360:

- 224 appartenenti al SerT del Distretto di Reggio Emilia, di cui 72 nuovi accessi;
- 88 appartenenti ai SerT dei Distretti Nord e Sud della provincia reggiana, di cui 25 nuovi accessi;
- 48 appartenenti ad altri SerT nazionali o del tutto sconosciuti a un qualsivoglia Servizio, di cui 19 primi accessi.

##### Anno 2011

Gli immigrati che abbiamo contattato dall’inizio di quest’anno ad ora sono 195:

- 41 provenienti dall’Est Europa, di cui 33 nuovi accessi (si segnala l’aumento della popolazione rumena, con problemi di alcol);
- 148 provenienti dal Magreb, di cui 127 nuovi accessi;
- 4 provenienti dal Ghana (sono alcoolisti puri, contattati grazie al “Progetto Stazione”. Tra loro uno ha deciso di rientrare al proprio paese, dopo 25 anni);
- 1 dal Senegal;
- 1 dal Pakistan.

Anche questo dato è interessante se letto in rapporto agli utenti italiani, che sono stati complessivamente 297:

- 182 appartenenti al SerT del Distretto di Reggio Emilia, di cui 81 nuovi accessi;
- 63 appartenenti ai SerT dei Distretti Nord e Sud, di cui 33 nuovi accessi;
- 52 appartenenti ad altri SerT nazionali o del tutto sconosciuti a un qualsivoglia Servizio, di cui 46 nuovi accessi.

Può essere interessante scorrere a grandi linee il riassuntivo generale delle presenze a partire dal 2 Maggio 2011 (giorno del trasferimento della “Villetta Svizzera”) al 31 Novembre 2011:

- 3063 sono quelle riferite agli utenti del SerT reggiano;
- 964 agli utenti dei SerT provinciali;
- 481 agli utenti di altri SerT nazionali o non in carico ad alcun Servizio;
- 941 agli utenti provenienti dall’Europa dell’Est;
- 3410 agli utenti provenienti dall’Africa.

Per quanto riguarda i servizi di prima necessità:

- abbiamo distribuito 4894 pranzi. Gli utenti dell’Est hanno usufruito del pasto 402 volte, quelli africani 2416 volte, per un totale di 2818 volte. Gli italiani hanno consumato in totale 2076 pasti;
- sono state fatte 2119 docce. Gli utenti dell’Est hanno usufruito di tale servizio 160 volte, gli afri-

cani 1585, per un totale di 1745 docce, rispetto alle 374 fatte da italiani;

- sono state fatte 1196 lavatrici, servizio utilizzato dagli utenti dell'Est per 96 volte, da quelli africani per 737 volte, per un totale di 833 lavatrici. Gli utenti italiani ne hanno avuto bisogno nella misura di 363 volte.

Per quanto più strettamente concerne la nostra funzione di Riduzione dei Rischi e dei Danni, abbiamo distribuito:

- 13988 siringhe pulite sulle 26686 totali nell'anno (raccolgendone 9931 di sporche sulle 19847 totali nell'anno);
- 7622 fiale di acqua bidistillata sulle 15798 totali nell'anno;
- 12083 salviette disinfettanti sulle 22837 totali nell'anno;
- 10902 aghi 26G e 27G sui 17144 totali nell'anno;
- 1649 profilattici sui 2658 totali nell'anno;
- 104 narcan sui 194 totali.

### Conclusioni

Ciò che si evince da tali dati quantitativi può trovare integrazione con le seguenti evidenze qualitative:

- Già dal 2009 i Magrebini, che, per la situazione estremamente marginale in cui versavano, utilizzavano in misura massiccia e significativa i servizi primari offerti dalla struttura (docce, colazione, pranzo e merenda, guardaroba, lavatrice, stanza riposo), costituivano il 59,6 % della popolazione che complessivamente aveva le stesse necessità. Oggi tale percentuale è notevolmente aumentata.
- Già dal 2009 le persone originarie dell'Est Europa utilizzavano la struttura in modo meno intensivo dei Magrebini, stazionando all'interno della sede per un tempo inferiore, procacciandosi il materiale sterile per l'iniezione, oltre che il naloxone, trovandosi nei pressi un luogo sicuro dove utilizzare le sostanze, ma anche mostrandosi disponibili al counselling e all'accompagnamento al Ser.T (e da qui agli screening ematici, alle vaccinazioni). Oggi, ad esempio, buona parte dei Georgiani rimasti segue percorsi terapeutici al Ser.T, ha regolarizzato la propria posizione giuridico-legale, non frequenta la Bassa Soglia.
- Tra le popolazioni dell'Est che oggi frequentano "Villetta Svizzera" si possono contare una decina di Ucraini eroinomani, tutti già in carico al Ser.T, e altrettanti Rumeni alcolisti.
- Si segnala l'aumento dell'abuso alcolico, non solo

tra le popolazioni dell'Est, ma anche tra quei Magrebini e Ghanesi, che, dopo aver perso un buon livello d'integrazione dal punto di vista socio-lavorativo sul territorio reggiano, in seguito all'attuale crisi economica, sono andati incontro a un rapido deterioramento della propria esistenza.

- Dall'Africa, sempre più numerosi sono i nuovi accessi e in aumento è la domanda di una presa in carico totale, socio-educativa da parte nostra, sanitaria da parte dell'ambulatorio Ser.T a bassa soglia d'accesso, a noi contiguo.
- La riduzione del numero di stranieri contatti nel 2010, in particolare Magrebini, potrebbe essere riferita alle conseguenze delle carcerazioni, oltre che per spaccio, anche per il reato di clandestinità, ricaduto in modo massiccio sul target in questione.
- Negli ultimi tre anni si è potuta rilevare una progressiva tendenza alla riduzione del numero di siringhe distribuite; questa riduzione la possiamo leggere attraverso l'osservazione dei fenomeni, a nostro parere sembra collegata all'incremento massiccio dell'abuso di sostanze legali (alcol e benzodiazepine) e al diffondersi di "nuove" modalità d'assunzione delle droghe (sniffata e fumata).
- Infine si vuole sottolineare che, ancora oggi, "La Tregua" di Reggio Emilia continua ad essere la struttura residenziale di accoglienza, con meno ostacoli burocratici nel ricevere pazienti stranieri irregolari.

### Riferimenti bibliografici

1. Jacob A. R., *How the Other Half Lives*, 1890.
2. Sayad A., *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, 2002, Ed. italiana a cura di S. Palidda, Cortina, Milano.
3. Mazzetti M., *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto*, Carocci, 2003
4. Grosso L., *Appunti dal convegno "Immigrazione e tossicodipendenze"*, sala Galloni c/o AUSL Reggio Emilia, 17/10/2011
5. Oddi L., *Appunti dal convegno "Immigrazione e tossicodipendenze"*, sala Galloni c/o AUSL Reggio Emilia, 17/10/2011
6. Maisto F., *Imputabilità e vulnerabilità*, <http://www.souqonline.it/home2.asp?idpadre=822&idtesto=816>
7. *Verballi d'equipe del Drop-In*, 2001-2011
8. *Riassuntivo Dati del Drop-In*, presentati in "Giornata di Valutazione attività Drop-In e Ambulatorio Ser.T di via Bocconi", AUSL di Reggio Emilia, 28/11/2011

Roberto Lugli, Psicologo, educatore presso Coop. Soc. "La Quercia" / Progetto "Drop-In" di Reggio Emilia,  
cell. 347.0593275  
email: rbrtlugli39@gmail.com



EMANUELA FRISONI  
ROBERTO SGHEDONI

## UN CASO CLINICO

### Difficoltà e risorse della Comunità Terapeutica PAPA GIOVANNI XXIII

#### Premessa

Il termine “integrazione” indica un processo in base al quale un oggetto, un corpo, un soggetto, una società diventano interi, completi, si arricchiscono.

Questa dovrebbe essere opinione diffusa verso i cittadini stranieri da parte delle società ospitanti.

Quasi mai si pensa di quale patrimonio di cultura e di esperienze umane siano portatori i migranti, veri cittadini cosmopoliti. Certamente le differenze tra autoctoni e immigrati, di tipo sociale, culturale e anche religioso permangono e possono talora porre seri problemi; ma l’immigrazione, nel suo insieme, non può essere vista solo come un problema. Essa, infatti rappresenta una formidabile occasione per espandere la socialità e “offre la chance, forse unica, di un discorso dialogico vero, storicamente importante fra culture diverse che finalmente si incontrano al di fuori dello schema irrigidito dei rapporti di forza o delle eleganti finzioni dei rapporti diplomatici”. (Ferrarotti)

L’interculturalità allora si presenta come sfida interessante: l’integrazione delle differenze, la creazione di uno spazio ALTRO in cui le differenze di chi accoglie e di chi è accolto diventano confronto, “meticciamento”, inteso come scambio reciproco di valori culturali e umani basati sulla valorizzazione e complementarità della diversità. “L’accoglienza di cuore dello straniero come occasione di ricchezza interiore per tutti gli uomini” (Don Benzi)

La storia che di seguito viene raccontata, va proprio in questa direzione. La Comunità terapeutica per la persona straniera con problemi di devianza sociale, è in qualche modo chiamata ad attivare al suo interno processi atti al riconoscimento della diversità, pur in una convivenza molto ravvicinata con altri utenti, non

sempre facile per storie e vicende personali.

In questi ultimi anni molti utenti si sono rivolti alle realtà di recupero dalla tossicodipendenza della Comunità Papa Giovanni XXIII al fine di intraprendere il percorso terapeutico riabilitativo, tra questi Omar (nome di fantasia) giunto dal Marocco alcuni anni fa.

#### Storia di un ragazzo immigrato inserito in una Comunità Terapeutica per tossicodipendenti della Cooperativa Papa Giovanni XXIII

Omar, giunge in Italia intorno ai 20 anni, tanti sogni e tante speranze come la maggior parte dei migranti in cerca miglior destino. Vive nel sud d’Italia per alcuni anni, fatica a trovare lavori redditizi finché si ritrova a far guadagni “facili” spacciando eroina e infilandosi in un giro malavitoso a seguito del quale si ritrova a dover subire provvedimenti giudiziari e la reclusione. Grazie alla presa in carico del SerT, Omar viene inviato in regime di arresti domiciliari presso una struttura terapeutica della Comunità Papa Giovanni XXIII situata nell’entroterra riminese.

Fin dall’inizio mostra un atteggiamento diffidente, di forte chiusura; chiede espressamente, cosa che gli viene concessa, di poter condurre uno stile di vita consona alla sua religione musulmana.

La struttura rispetta le sue richieste evitando di cucinargli carne di maiale o pietanze con dentro dei suoi derivati, gli permette di rispettare il Ramadan, e di poter continuare a pregare a suo modo.

Dalla cultura della sua terra e per il tipo di disagio finora vissuto, oltre ad un forte orgoglio personale, Omar si porta appresso un’atteggiamento apparentemente presuntuoso, di chi fatica a mettersi nella

condizione di bisogno e formulare una “richiesta di aiuto”, cosa per sua cultura ritenuta estremamente umiliante; bisogna stare attenti a come gli si dice le cose e mostra difficoltà di relazione in particolare con le donne che fatica a considerare alla pari.

La presa in carico, inizialmente si mostra come sfida non semplice senza dubbio appesantita da certe rigidità e da continue prese di posizione di Omar.

Forte il lavoro di mediazione iniziale soprattutto nei confronti degli altri utenti nel tentativo continuo di rendere le differenze culturali e personali come occasione di confronto e crescita anziché un limite.

Omar parla bene l'italiano e questo senza dubbio facilita il confronto e la possibilità per lui di ben utilizzare fin dall'inizio gli strumenti terapeutici che la struttura offre in particolare i colloqui personali e di gruppo, le attività, i momenti ricreativi, abituandosi comunque al confronto continuo con gli altri utenti, anche solo per le esigenze gestionali della struttura stessa.

Omar dimostra di essere un ragazzo intelligente e con numerose potenzialità; la diffidenza iniziale gradualmente lascia il passo ad una maggior fiducia soprattutto verso le figure educative fino alla decisione di fidarsi delle stesse e del contesto in cui è inserito.

Omar ha concluso il percorso terapeutico già alcuni anni fa, fermandosi per un primo momento come volontario presso la struttura stessa.

Indispensabile per il buon esito del percorso, è stato il lavoro in rete con i servizi del territorio, in particolare con il SerT. In tal modo oltre alla ricostruzione personale, con Omar è stato possibile attuare un percorso di accompagnamento finalizzato al reinserimento sociale e lavorativo. In lui era forte il desiderio di rimanere a vivere in Italia e in stretta collaborazione con il SerT e l'ufficio legale della Associazione Papa Giovanni XXIII, si è lavorato molto affinché non venisse reimpatriato una volta terminato il programma. I sogni di futuro di Omar con questo tipo di collaborazione sono stati garantiti e la percezione da parte dell'utente di tanta disponibilità da parte del pubblico e del privato per favorire ciò, hanno segnato una tappa importante in termini di volontà e impegno nel suo percorso terapeutico.

Ora Omar è sposato ed è diventato padre, continua ad essere affettivamente legato alla struttura presso la quale ha svolto il programma terapeutico, spesso li va a trovare o li raggiunge con la propria famiglia quando la struttura va in vacanza. Mostra atteggiamenti di stima, affetto, amicizia sicuramente ricambiati. In fondo fa un po' anche parte della sua cultura creare

un legame a doppio filo con persone da cui si ritiene di aver ricevuto tanto.

#### **Osservazioni conclusive: difficoltà e risorse della Comunità**

Molti sono stati in questi ultimi anni i programmi terapeutici avviati con ragazzi provenienti da paesi stranieri, come si evince dal racconto precedente le difficoltà che si incontrano sono svariate e di diversa natura. La prima è quella legata alla differenza culturale e alla diversa concezione delle cose (soprattutto con i mussulmani tale aspetto è preponderante); ciò è tuttavia nella maggior parte dei casi con il tempo superato e lascia spazio alla relazione che si instaura e alla mediazione da parte di tutto il gruppo degli aspetti più evidenti di divergenza. Successivamente le difficoltà divengono di carattere burocratico e legale, dopo molto e impegnativo lavoro svolto, spesso anche con buoni esiti, ci si ritrova a non avere possibilità di sviluppo in quanto questi ragazzi, entrati in comunità con un provvedimento giudiziario, e che, una volta liberi risultano essere clandestini.

Occorre dunque una forte integrazione con il servizio inviante che, laddove c'è stata, ha portato a buoni risultati, purtroppo però queste risorse non sempre sono disponibili; la Comunità Papa Giovanni XXIII, grazie alle tante strutture e servizi dell'Associazione ha molte risorse a disposizione ma il percorso per accedervi è spesso accidentato e pieno di ostacoli.

#### Bibliografia minima

Ferrarotti, F. Oltre il razzismo: verso una società multirazziale e multiculturale, Roma, Armando Dal Lago A., 1988.

Dal Lago, A. Non-persone, L'esclusione dei migranti in una società globale. Feltrinelli, Milano, 2004

Don Oreste Benzi Con questa tonaca lisa Guaraldi 1992

.....  
Emanuela Frisoni, educatore professionale, Comunità Papa Giovanni XXIII  
email: emymaxneri@libero.it

Roberto Sghedoni, educatore professionale, responsabile CT Sant'Andrea - Borghi - (FC)  
Comunità Papa Giovanni XXIII  
tel. 0541 947509  
email: ct.santandrea@apg23.org

LEONARDO MONTECCHI  
PRIMO PELLEGRINI

## I MIGRANTI NEL SERT DI RIMINI

Il fenomeno dell' eroina fumata presso la comunità tunisina dei pescatori riminesi: alcune esperienze di trattamento

### Premessa

La presenza nel riminese di comunità di stranieri che si stabiliscono sul territorio pone qui come altrove interrogativi rispetto alle modalità di accoglienza e trattamento di soggetti che manifestano disturbi da uso di sostanze e che si rivolgono al servizio pubblico per chiedere aiuto; soprattutto impone l'attivazione di capacità di ascolto e di analisi in grado di leggere e interpretare difficoltà che, per identità culturale e per storia personale degli individui, possono compromettere l'efficacia e la compliance ai trattamenti.

### 1. L'accoglienza dei migranti nel SerT

Il funzionamento dell'accoglienza del SerT di Rimini è un buon osservatorio per capire la problematica dei migranti e dell'uso di sostanze.

L'accoglienza al SerT è libera, non è necessario l'appuntamento, negli orari di apertura c'è sempre la disponibilità di due operatori, di cui uno è medico per fare un primo colloquio, una valutazione e raccogliere la domanda. I due operatori, poi parlano fra loro e vengono prese le prime decisioni.

Il mercoledì nella riunione di equipe si riportano i casi, si discute, si assegnano gli obiettivi da seguire e le azioni da compiere.

Questo passaggio permette di mettere in circolo le reazioni controtransferali degli operatori che hanno avuto il primo contatto e dunque di osservare, assieme agli altri operatori, in una

visione transdisciplinare, il caso che è arrivato al servizio.

Nell'ultimo anno fino ad ora, circa il 10% dei casi che abbiamo discusso erano stranieri. La provenienza è data principalmente da tunisini che vengono al servizio da molto tempo, infatti a Rimini, risiede una comunità tunisina abbastanza numerosa che si è costituita attorno alla pesca. Molti sono i migranti pescatori. Vi sono anche marocchini, in numero minore algerini ed egiziani.

Poi vi sono persone provenienti dall'est europeo: ucraina, russia. Numeroso è l'apporto di albanesi.

Vi sono brasiliani che provengono dal mondo della prostituzione, transessuali che fanno uso di cocaina ma anche di eroina. Rarissimi i provenienti dall'afrika sub sahariana.

### 2. Migranti dell'est Europa

Abbiamo discusso diverse problematiche specifiche, per esempio, abbiamo notato una certa diffusione del virus Hiv soprattutto in persone dell'est europeo, che continuano a praticare l'eroina per via endovenosa, mentre nei nord africani che in genere la usano per via nasale, l'incidenza dell'infezione è minore. Ci siamo chiesti cosa fare per prevenire la diffusione dell'HIV nelle persone dell'est, ma per ora non siamo andati al di là della diffusione dei depliant in lingua. Alcuni casi dell'est sono anche legati alla frantumazione delle famiglie. La mamma è

venuta in Italia a fare la badante, invia in Ucraina o Moldavia parte dello stipendio, tuttavia, dai racconti, si capisce che il marito è un alcoolista e che non sopporta la divisione dalla moglie, spesso le signore si rifanno una vita qui. In questa situazione fanno arrivare i figli adolescenti che faticano ad inserirsi.

Noi abbiamo visto diversi di questi ragazzi sfuggire al controllo delle mamme, cominciare qualche lavoretto, trovare difficoltà poi inserirsi nello spaccio di eroina, una via più facile per procurarsi danaro. In genere sono persone difficili, che pensano di essere dei duri, a 19, 20 anni si comportano come maturi, si atteggiavano a malavitosi di rango. Ma sono fragilissimi, questa aggressività è stata una ricerca di attenzione, si sono sentiti abbandonati ed hanno preso come modelli i mafiosi.

Le mamme di questi ragazzi cercano di “raddrizzarli” spesso li mandano in patria con l’illusione di una cura miracolosa, o dai nonni in campagna. Ma questi rimedi non ottengono nessun risultato, non riescono a tenere una linea ferma ed è difficile, per queste signore, anche l’inserimento in gruppi di genitori, perchè spesso si sentono colpevolizzate e reagiscono difendendo a spada tratta i figli, una reazione dello straniero che si sente attaccato. Tutto il rapporto con la legge risulta essere compromesso. La mentalità corrente è l’ottenimento di un rimedio che loro già conoscono, non c’è molta riflessione e gli operatori sono vissuti come rappresentati di uno stato che non è il loro, ma anche loro, in patria



hanno avuto un rapporto pessimo con lo stato. E’ chiaro che questi ragazzi dell’est che vengono al SerT ed entrano in un trattamento sostitutivo, spesso ricadono e a volte non hanno una adesione alla terapia, non vengono ai colloqui, ed anche quando ci poniamo l’obiettivo della cura per l’infezione da Hiv, sono molto incostanti.

Sembra che la loro vita proceda per traiettorie caotiche che nemmeno loro riescono a governare.

L’attrattore delle loro esistenze è dato dalla disponibilità di denaro, dall’aver vestiti griffati, orologi d’oro rolex e tutti gli oggetti di consumo di lusso possibilmente. Quando si rendono conto che è difficile averli, non riescono a ripensarsi in una vita da lavoro flessibile? Precario? Quale lavoro per queste persone? E non solo per loro. Le mamme a volte, ci dicono i colleghi dell’alcolico, bevono e vivono queste vite sradicate con l’obiettivo di ottenere una casa dei bei mobili magari Ikea, una o più televisioni al plasma, telefonini, macchina. Ma non si sa se vogliono tornare al loro paese.

### 3. I pescatori tunisini

Abbiamo poi discusso dei pescatori Tunisini, in particolare di un caso, questo signore va in barca a pesca e naturalmente non può venire a bere il metadone al servizio, in più eravamo nel periodo del Ramadan, e quindi, i mussulmani ci avevano chiesto di non bere il metadone perchè, a loro dire, non avrebbero potuto ingerire liquidi durante il giorno. Questa poteva essere anche una richiesta strumentale, perchè per chi è nella condizione di malato c’è la possibilità di bere le medicine anche di giorno. Si pensi ad un ricoverato in ospedale, o ad una qualsiasi persona in trattamento farmacologico. Un diabetico, un cardiopatico ecc ecc.

Ma l’occasione ci ha fatto concentrare maggiormente su quella persona, e sulle differenze della comunità Tunisina, da cui proviene. Ad esempio, questo signore è oltre i trenta anni, è emigrato per fare il pescatore, non ha la famiglia con se. Frequenta la comunità Tunisina e al sabato quando non va in barca va in un appartamento dove si ritrovano oppure in un bar. Tutti uomini, fanno racconti e sniffano eroina, lui è in cura

con il metadone, e se viene positivo all'eroina noi non gli diamo il metadone in affido, ma se non gli diamo il metadone in affido lui va in astinenza sulla barca.

Nel colloquio ci dice che si vergogna di non accettare lo sniffo di eroina che gli viene offerto dai suoi amici il sabato. E, dice, non può non andare con loro, perchè dove andrebbe? Non vuole rimanere solo.

Da questo colloquio è emersa una realtà, che ci ha mostrato abitudini della comunità tunisina, sottovalutazione della eroina, che viene usata come si può usare il vino. Non sappiamo se questo uso è culturalmente determinato, per esempio dal fatto che ai mussulmani è vietato l'alcool. E' certo che, l'eroina è una droga industriale, non è né l'oppio né l'hascis che hanno avuto forme di consumo nei paesi mussulmani, come da noi l'alcool, con tanto di fumerie ecc. Poteva essere anche una scusa per farsi affidare il metadone e commerciarlo. Sicuramente.

Tutti questi elementi sono entrati all'interno della discussione di equipe e poi si sono prese delle decisioni tenendo conto di una molteplicità di fattori. Le decisioni si riferiscono ad una diagnosi di situazione, che non è la diagnosi del DSM né quella dell'ICD, è una diagnosi che deve essere operativa, cioè caratterizzarsi per decisioni ed conseguenti azioni.

La discussione in equipe permette di ricombinare le diverse discipline di provenienza degli operatori, ma anche i diversi saperi e farli convergere tramite una epistemologia convergente sul compito della equipe, che è prendere delle decisioni sul caso e sostenere le azioni conseguenti.

Non siamo ancora riusciti ad agire nell'ambito comunitario, abbiamo pensato di fare un incontro con la comunità Tunisina dei pescatori per affrontare il discorso della eroina e per prevenire ulteriori dipendenze. E' necessario trovare un tramite, come dice il metodo etnografico, per entrare nella comunità, ancora non abbiamo trovato questa possibilità.

Terminiamo questa breve comunicazione con un altro caso: un signore tunisino, sposato con una Italiana. Questo signore, conosciuto da molto tempo dal nostro servizio, stava attraversando un periodo di forte aggressività. Non era mai stato così aggressivo nei confronti degli



operatori, in equipe si è discusso molto su cosa fare, che tipo di provvedimento prendere, e così via.

Abbiamo optato per un colloquio. Durante il colloquio sono emersi spunti persecutori importanti, poi è emerso che il signore proveniva da un villaggio dell'interno della Tunisia. Alla richiesta se ci fosse qualcuno del suo paese che ce l'aveva con lui, il signore ha fatto uno sguardo sorpreso. Si c'era qualcuno che ce l'aveva con lui. Alla domanda se la persona che ce l'aveva con lui gli avesse fatto il malocchio, il signore, sempre più stupito dice: ma tu ci credi a queste cose? Se non si dice né sì né no si apre ad una comunicazione più profonda di una credenza tradizionale. Il signore si sentiva aggredito da forze spirituali che gli provocavano i danni, l'agire della moglie era stato condizionato da queste forze, anche l'azione dei nostri operatori ne era influenzata. Lui dormiva nel parco per proteggersi. Il solo ascolto della sua problematica l'ha calmato un po'. Un altro appuntamento per continuare il discorso l'ha fatto sentire contenuto.

All'appuntamento seguente ha detto che lui era stato testimone di un naufragio finto, fatto per intascare il denaro della assicurazione, lui si aspettava che il capitano lo ricompensasse, invece il capitano non gli aveva dato ancora nulla. Lui aveva bisogno di danaro anche per la famiglia, era andato dal capitano e questo l'aveva trattato male, allora lui aveva fatto capire che avrebbe potuto denunciarlo. Si era creata una tensione molto forte, in questa situazione

di tensione aveva cominciato ad essere aggressivo, con la moglie, con gli operatori. Ma non attribuiva questa aggressività a se, non c'era un senso di colpa, lui sentiva la rabbia provenire dall'esterno, da una influenza magica di un lontano parente che era molto invidioso di lui e che non voleva che lui tornasse in Tunisia ricco. Per questo, tramite una influenza magica, stava provocando tutti quegli inconvenienti a cominciare dall'atteggiamento del capitano.

Un ascolto non interpretativo e non giudicante per qualche seduta ha diminuito gli spunti interpretativi forse perchè, come ci ha detto, il sig. Tunisino ha visto in noi, una difesa magica contro l'influsso scatenatogli contro. In questo caso è bastato che lui ne potesse parlare con persone che ritiene per lui significative. I comportamenti aggressivi nei confronti degli operatori sono comunque diminuiti.

### Osservazioni conclusive

Un marciapiedi sgombro da auto parcheggiate non serve solo ai disabili che vi transitano su di una carrozzina, ma anche agli anziani, alle donne in gravidanza o a chiunque in un dato momento della vita sia limitato nella deambulazione, permettendo in ultimo a tutti di transitarvi in modo più veloce e sicuro.

Abbiamo riportato alcuni esempi di lavoro al SerT di Rimini con i migranti che manifestano disturbi da uso di sostanze, in particolare eroina.

Dall'analisi di queste esperienze appare evidente come il significato di alcuni segnali e difficoltà nel trattamento, che potrebbero erroneamente e pregiudizialmente essere interpretate come scarsa motivazione al cambiamento, rivelano in realtà fenomeni di ampia dimensione che toccano dimensioni culturali, diversi stili di adattamento – e disadattamento – sociale, storie personali e progetti migratori che rivelano obiettivi e presupposti a volte molto distanti fra loro.

Prescindere da queste considerazioni predisponendo dispositivi di cura standardizzati che sottendono l'esistenza di "cittadini – utenti tipo" o "utenti stranieri tipo" rischia di rendere inefficaci i trattamenti rivolti agli utenti stranieri (e non solo); per contro, sviluppare una attitudine ad approcci multidimensionali e innovativi

può produrre capacità di ascolto e trattamento migliorate e maggiormente incisive a vantaggio di tutta l'utenza del Servizio, straniera e non.



STUDIO UPT2

### Bibliografia

- M.Ferrari, L.Montecchi, S.Semprini Cesari, *Cambiare: il modello operativo del Ser.T. di Rimini*, Pitagora, Bologna 1994
- Josè Bleger *Psicoigene e Psicologia Istituzionale*, Lauretana Loreto 1990
- Armando Bauleo, *Psicoanalisi e Gruppalità*, Borla, Roma 2000
- Tobie Nathan, *Principi di Etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri Torino 1996
- A. Merini, L.Mallaffo, F.Salvatori, *Il Bianco e il nero*, Cleub Bologna 2008

.....  
Leonardo Montecchi, Psichiatra, SerT Rimini  
tel. 0541 325116  
email: lmontecc@libero.it

Primo Pellegrini, Educatore professionale, SerT Rimini  
tel. 0541 325101  
email: ppellegrini@auslrn.net

MARA VERDERI

## LO SPORTELLO ACCOGLIENZA DEI DETENUTI NEL CARCERE DI PIACENZA

Gli immigrati con problemi di tossicodipendenza.

### 1. Il progetto

“Il sottoscritto richiede alla sv di autorizzarmi a fare un colloquio col mediatore culturale...” Così recita l'inizio delle “domandine” compilate dai detenuti stranieri, di solito aiutati da un detenuto italiano, che svolge la funzione di scrivano, per poter incontrare i mediatori in carcere. Questa è la prassi che bisogna seguire in carcere per avere qualsiasi cosa, da quelle materiali agli incontri con le persone.

L'inizio dell'attività delle mediatrici (che sono rimaste le stesse) presso la Casa Circondariale “Le Novate” di Piacenza risale al 2001, ed è un progetto che l'Associazione “La Ricerca” ha avuto la fortuna di gestire, nonostante le tante difficoltà incontrate.

Il progetto dello sportello per i detenuti immigrati è partito con obiettivi ambiziosi: coordinare e dare continuità alle attività esistenti nel carcere, aumentare la motivazione dei ristretti ad uscire da una situazione negativa e pensarsi in un futuro differente, facilitare il rapporto tra il carcere e la comunità locale.

Nello specifico: fornire uno spazio di ascolto a detenuti stranieri e risposte adeguate alle loro richieste, creare collaborazioni con gli sportelli esistenti, migliorare la conoscenza reciproca e interculturale tra i detenuti e gli operatori penitenziari e gli operatori della comunità esterna, anche volontari attivi nel carcere, rendere più sopportabile la detenzione e contrastare gli atteggiamenti autodistruttivi.

### 2. Alcuni risultati

I risultati che ci aspettavamo: un miglior utilizzo delle risorse impiegate, conoscenza chiara dei problemi dei detenuti italiani e stranieri, in modo da attivare una rete esterna facilitante il loro reinserimento sociale e

lavorativo, favorire l'accesso ai servizi sanitari tra cui quelli per il recupero dalla tossicodipendenza, creare un collegamento con la comunità locale in cui il carcere fosse più visibile e dove potersi riprogettare.

Andando a rileggere le relazioni e i rendiconti dei primi anni del progetto che venivano condivisi con la direzione del carcere, con i funzionari comunali e con gli altri soggetti della cosiddetta comunità esterna ho ritrovato una relazione scritta da una mediatrice che vorrei riportare integralmente: *“Quello che ho capito attraverso i colloqui è che i detenuti stranieri si sentono trattati in maniera diversa dai detenuti italiani, è una cosa che forse dipende dal loro stato d'animo, hanno perso fiducia in tutti (dall'avvocato d'ufficio fino all'amministrazione del carcere) pensano di essere un peso per gli altri, dicono che è inutile scrivere domandine, tanto nessuno dà importanza alle loro richieste (gli avvocati non sono neppure informati sulle leggi per gli stranieri), quando accettano il colloquio si aspettano un sostegno anche minimo, un aiuto qualsiasi, purchè risolva almeno una parte dei loro problemi, fanno la richiesta e si aspettano una risposta, anche evasiva. Secondo me bisogna che il mediatore culturale segua il problema del detenuto quanto più è possibile, prenda contatto coi responsabili, si informi e torni dal detenuto con una risposta, che sia positiva o negativa, perché il detenuto sappia che c'è qualcuno che si interessa a lui come persona, in modo da ridare fiducia nel mondo esterno.”*

Riprendo in mano la relazione presentata per rendicontare al Comune il progetto finanziato con l'ultimo attuativo 2010 (Piani di Zona del distretto Città di Piacenza) e leggo:

### 3. Sportello detenuti immigrati:

- Totale ore mediatrici : 454
- Mediatrici attive presso lo sportello: 2
- Totale detenuti stranieri visti dal 01/07/2010 al 31/07/2011: 445 (di cui 101 donne e 126 nuovi utenti)
- Totale colloqui effettuati dalle mediatrici: 600

A causa di un prolungamento dell'attuativo 2009 (da aprile 2011 a luglio 2011), è stato necessario modificare l'assetto delle attività. Per poter garantire la presenza delle mediatrici culturali è stato necessario cancellare il laboratorio di fumetto e il contributo alla Caritas.

Le richieste pervenute allo sportello quest'anno:

1. Richieste di contatti (prevalentemente telefonici) con i famigliari, gli avvocati, la Questura di Piacenza, i Consolati e le Ambasciate.
2. Richiesta d'informazioni circa le strutture di ospitalità disponibili una volta usciti dal carcere, circa le misure alternative e i permessi premio.
3. Richiesta d'informazioni sulle opportunità d'inserimento lavorativo disponibili una volta usciti dal carcere.
4. Traduzione di documenti.
5. Supporto nella compilazione del kit per il permesso di soggiorno.
6. Richiesta di rapporti con il personale sanitario.
7. Incontri con la referente del Comune di Piacenza per la definizione del protocollo delle attività di competenza delle mediatrici all'interno della Casa Circondariale.
8. La mediatrice dell'area Maghreb, in collaborazione con la direzione della Casa Circondariale, ha fatto sì che i detenuti musulmani potessero svolgere nella maniera più adeguata possibile il mese del Ramadan (accordi per introdurre copie del Corano, per far sì che i detenuti interessati potessero mangiare e bere quando consentito, quindi al di là dei normali orari, utilizzo di carni macinate secondo la tecnica halal e introduzione di cibi idonei a compensare il digiuno).

#### Osservazioni conclusive

Lo sportello si è trasformato in questi dieci anni in un dispensatore di informazioni? Con le informazioni si riesce a risolvere almeno una parte dei problemi? Qual è lo spazio di ascolto che rimane se con 454 ore si fanno 600 colloqui? E lo spazio per comunicare con gli altri operatori interni ed esterni al carcere? Sarebbe banale

dire che a causa della progressiva riduzione delle risorse economiche destinate a questo progetto (e ai Piani di Zona in genere) l'attività è ridotta all'essenziale, non c'è più spazio per coordinarsi, fare riunioni di equipe, scambiarsi informazioni, il paradosso è che un progetto che aveva l'obiettivo di ottimizzare le risorse nel momento della restrizione delle stesse rischia di diventare autoreferenziale. Anche le risorse destinate alla cura della dipendenza patologica sono diminuite e con esse gli inserimenti in comunità terapeutica, ma gli stranieri trovano uno sbarramento all'accesso a queste cure ancora prima, stranieri detenuti irregolari non hanno accesso a nessun percorso di recupero né territoriale né residenziale, nonostante la legge riconosca loro il diritto alle cure in quanto detenuti e tossicodipendenti.

Nella situazione attuale dei detenuti, con i problemi di sovraffollamento, scarsità di personale penitenziario, di personale educativo, qual è oggi la ricaduta di questo progetto sulle loro condizioni di vita? Si tratta di uno strumento utile ai detenuti stranieri, regolari e irregolari, soprattutto riguardo l'esigibilità dei loro diritti fondamentali? Forse la domanda che ci dobbiamo porre è: quel poco che si può fare, in che modo lo stiamo facendo? Abbiamo perso anche noi la speranza e la fiducia nel mondo esterno e nelle nostre possibilità di cambiare?

Sicuramente oggi è necessario ripensare questo progetto, non credo che l'idea di sportello di mediazione che hanno gli operatori penitenziari e gli agenti, i volontari, i funzionari comunali e gli operatori sociali, i mediatori, le assistenti sociali dell'UEPE, i detenuti e i loro famigliari, sia la stessa; forse dovremo comunque ricondividerne le finalità e gli obiettivi possibili e realizzabili nell'attuale situazione interna ed esterna al carcere.

#### Bibliografia minima di riferimento

[www.ristretti.it](http://www.ristretti.it)  
<http://centrostudi.gruppobabele.org>  
<http://sociale.regione.emilia-romagna.it>

In questi siti è facile trovare pubblicazioni e articoli Alain Goussot, Roberto Merlo e Aluisi Tosolini, esperti con cui in questi anni operatori penitenziari, organizzazioni di volontariato e mediatori interculturali hanno svolto diversi corsi di formazione riguardo il lavoro in carcere.

Mara Verderi, Assistente Sociale  
 Responsabile Servizi e Progettazione Associazione La Ricerca ONLS di PC,  
 Tel 0523 338710  
 email maraverderi@laricerca.net



ANNALISA VALERI

## RETI DI COLLABORAZIONE FRA PUBBLICO E PRIVATO NEL LAVORO CON I MIGRANTI CON ABUSO DI DROGHE: UN'ESPERIENZA CLINICA COMUNITARIA

### Premessa

Il lavoro con i migranti ha rappresentato un elemento di novità per il Centro Osservazione e Diagnosi di Vallecchio, appartenente alla Cooperativa Cento Fiori, che solitamente tratta persone che hanno problematiche di tossicodipendenza o alcool dipendenza e/o psichiatriche, residenti nel territorio italiano.

### Il caso clinico

La situazione di F. è arrivata alla nostra attenzione perché la persona in questione è un transessuale immigrato, con problematiche fisiche croniche e di dipendenza da alcool.

F. ha attraversato negli anni scorsi un lungo periodo di prostituzione nel nostro Paese dopo aver viaggiato dall'America Latina fino all'Italia, coltivando un progetto migratorio di emancipazione e profitto, allo scopo di realizzare anche gli interventi chirurgici necessari ad adeguare il proprio corpo all'identità transessuale e tornare poi nel proprio paese, dove vive ancora la famiglia di origine. Ma il progetto ha incontrato diverse difficoltà poiché F. negli anni ha sviluppato un problema di alcool dipendenza che l'ha portata anche a commettere reati e a ritrovarsi in carcere.

In seguito a queste esperienze e a condizioni di salute precarie, F. ha maturato la consapevolezza di non poter continuare la propria esperienza con la prostituzione e di voler cambiare il proprio stile di vita.

Mediante il Progetto Help dell'Azienda USL e la Comunità Papa Giovanni XXIII di Rimini si è articolato un progetto perché F. potesse uscire dalla tratta

ed essere ospitata in una delle case dell'Associazione. Le problematiche di alcool dipendenza tuttavia hanno ostacolato la permanenza di F. nella casa di accoglienza, poiché erano necessarie cure adeguate a tale disturbo. Le comunità terapeutiche della Papa Giovanni XXIII, che trattano queste problematiche, non si sono rivelate adeguate per F. perché non prevedevano la possibilità di ospitare un transessuale e F. avrebbe dovuto accettare di vestire i panni relativi alla sua identità anagrafica maschile che ha sempre rifiutato categoricamente.

Tramite la richiesta di accoglienza del Progetto Help, F. è arrivata alla nostra attenzione, dato che per il Centro Osservazione e Diagnosi di Vallecchio l'iden-



tità sessuale non costituisce un ostacolo all'ingresso. Il lavoro con l'utente, iniziato con noi il 22 luglio del 2008 e tuttora è in corso, ha coinvolto dall'inizio e per tutto il tempo diversi servizi fra il pubblico ed il privato (Az. Usl, un'operatrice della Papa Giovanni XXIII che ha seguito F. da quando era ancora in carcere, Cooperativa Cento Fiori ed ha visto per un certo periodo la collaborazione degli operatori e degli utenti della Comunità di Vallecchio e di un gruppo musicale composto da migranti) ed è stato a nostro parere proprio il lavoro congiunto e costante a permettere di trattare una situazione così complessa, affrontando di volta in volta le difficoltà che si presentavano.

F. è stata seguita per oltre un anno per i problemi di dipendenza ed ha affrontato varie fasi del percorso terapeutico, fino ad arrivare ad un reinserimento graduale in una struttura protetta della Cooperativa Cento Fiori. Ci siamo trovati davanti ad una situazione ancora più complessa di quella che solitamente trattiamo, quando cerchiamo di lavorare per un reinserimento lavorativo e sociale di una persona con vulnerabilità psicologiche e limitazioni fisiche. In questo caso infatti la condizione di genere, accompagnata dalla condizione di migrante, più le condizioni di vulnerabilità fisica, hanno accentuato le difficoltà di reinserimento. F. per esempio non risiedendo in Italia non poteva prendere la patente, condizione importante nella ricerca di lavoro.

Nell'estate 2009 si è verificato, inoltre, un episodio che ha complicato gravemente la situazione già complessa della presa in carico di una persona inserita in un Programma di Protezione sociale ai sensi dell'art. 18 Dlgs 286/98. F. ha avuto una ricaduta ed è incorsa in reati ostativi al rinnovo del permesso di soggiorno per motivi umanitari, elemento sul quale si era potuto costruire il programma terapeutico.

Questo evento grave ha rischiato di compromettere completamente il lavoro fatto dalla paziente, dai servizi, dalle strutture terapeutiche.

Quando la Questura ha deciso di negare il rinnovo del permesso di soggiorno ed eventualmente di espellere F., una volta scontata la pena, ci siamo sentiti di fronte al fallimento. A questo punto è avvenuta una mobilitazione da parte della Cooperativa Cento Fiori, della Papa Giovanni XXIII e del servizio inviante allo scopo di verificare se tutto fosse andato perduto, se l'investimento energetico, economico e di tempo fosse andato a vuoto.

La cooperativa ha proposto al giudice, come misura alternativa alla detenzione, di ospitare nuovamente presso il COD la persona in questione che, al di là

della ricaduta, ha sempre dimostrato alleanza al programma terapeutico e collaborazione.

Il giudice ha concordato con la possibilità di far scontare gli arresti domiciliari all'interno della struttura terapeutica.

Ma la possibilità di lavorare con il paziente ha risentito pesantemente della revoca del permesso di soggiorno e della conseguente e possibile espulsione che faceva apparire tutti gli sforzi inutili, dal momento che alla fine della pena F. avrebbe dovuto lasciare l'Italia. Questo si scontrava con il progetto migratorio di F. poiché il ritorno senza il raggiungimento di una situazione di emancipazione economica ed autonomia veniva percepito come un fallimento totale. Abbiamo dovuto affrontare quindi un periodo di depressione molto forte che il paziente ha vissuto, nel quale per F. lavorare, partecipare alle attività terapeutiche sembrava vano e senza senso.

Il Progetto Help dell'Azienda USL ha sostenuto l'opportunità di proseguire la presa in carico di F. per valorizzare l'impegno economico, professionale, umano di tutti gli attori coinvolti e insieme si è sostenuta F. nella scelta di promuovere un'azione legale presso il TAR dell'Emilia Romagna contro il diniego del permesso di soggiorno espresso dalla Questura. A questo proposito insieme, servizi inviati e noi privati in uno spirito di forte collaborazione, abbiamo deciso di consultare un avvocato per capire cosa si poteva fare per aiutare F. Pertanto è stato fatto il ricorso al TAR Emilia Romagna.

Il paziente nonostante la depressione ha continuato il percorso terapeutico, andando avanti e proseguendo il lavoro all'interno della struttura.



Il ricorso al TAR è un ricorso molto costoso ed è difficile che i legali accettino di patrocinare queste cause attraverso il gratuito patrocinio. Il primo legale contattato infatti non ha dato seguito alla nostra richiesta. Così all'interno della Cooperativa è maturata l'idea di raccogliere i fondi necessari per le spese legali attraverso una festa che ha impiegato tutti gli operatori, gli utenti che hanno partecipato attivamente alla preparazione dell'evento, genitori, parenti e amici che hanno portato il loro contributo economico. Un gruppo musicale che ha al suo interno persone immigrate, sensibili alle questioni relative all'immigrazione, ha accettato di suonare gratis.

Si sono quindi raccolti i fondi e quasi contemporaneamente un avvocato che collabora con il Progetto Help e la Papa Giovanni XXIII, dopo essere stato contattato, ha dato la sua disponibilità limitando il suo onorario alla sola copertura delle spese.

I servizi invariants e la Cooperativa hanno prodotto relazioni sul regolare programma del paziente che nel frattempo continuava il percorso all'interno della struttura per raccogliere la documentazione necessaria al ricorso.

E' passato un anno dall'arresto a quando il TAR si è espresso. L'attesa per gli esiti del ricorso considerata l'incertezza dell'esito, hanno generato stress per il paziente e forte pessimismo. La depressione che il paziente aveva avuto nei mesi precedenti sembrava però superata. Emergeva una realistica preoccupazione, speranza a tratti e pessimismo in molti altri momenti.

Alla fine il ricorso è stato accolto.

### Un risultato finale

Con il rinnovo del permesso di soggiorno è stato quindi possibile riattivare il motore terapeutico di cura e dopo aver scontato la pena F. ha potuto ripensare ad un progetto di reinserimento nel quale siamo tuttora impegnati. La difficoltà maggiore che abbiamo ora, in un momento non certo positivo a livello economico globale, è relativa alla possibilità di un lavoro stabile che permetta ad F. di convertire il permesso di soggiorno per motivi umanitari in un permesso di soggiorno per lavoro. Tale condizione è necessaria perché F. possa rendersi autonoma anche economicamente dal percorso assistenziale nel quale è stato questo lungo periodo.

Credo che senza la collaborazione del Progetto Help dell'Az. USL (servizio invariante), la Cooperativa, l'operatrice della Papa Giovanni XXIII, i pazienti della

Cooperativa, gli operatori, i genitori e parenti, l'avvocato, il gruppo musicale e soprattutto la persona che ha vissuto sulla sua pelle tutto ciò, questo risultato, che apre ora ad un possibile reinserimento e ad una vita possibile, non sarebbe stato realizzato.

*Un ringraziamento a Leonardo Montecchi, Manila Ricci e Tiziana Bellavista per la collaborazione nella stesura dell'articolo.*



STUDIO Up72

### BIBLIOGRAFIA

- Dall'angoscia al metodo, G. Devereux UTET  
 Transiti, Atti del convegno sulla transessualità Bologna, 2001  
 Il Bianco e il nero, Merini, Malaffo, Salvatori CLUEB  
 Saggio del dono, Marcel Mauss EINAUDI

Annalisa Valeri, Psicologa e Psicoterapeuta presso la Cooperativa Cento Fiori,  
 Docente della Scuola Bleger di Rimini  
 Tel. 328/8591932  
 email : valannalisa@yahoo.it

DANIELE DONATI  
DANIELE RIGHINI

## TOSSICODIPENDENZA, MIGRANTI E CARCERE

### Introduzione

La presenza dei detenuti stranieri nelle carceri italiane ha avuto un incremento, negli anni, funzionale all'aumento dell'incidenza del segmento "stranieri" sul totale relativo alla popolazione residente e, per certi versi, alla crisi che ha interessato l'economia Italiana: se, nel 1991, erano stranieri il 15,1% dei detenuti ristretti nelle carceri Italiane, la percentuale è salita al 29,5% nel 2001 per raggiungere il record del 36,2% al 31 ottobre 2011 (dato particolarmente rilevante, alla luce delle scarcerazioni avvenute a giugno, in conseguenza della sentenza della corte europea, come vedremo di seguito), a fronte di una incidenza di stranieri sul totale dei residenti in Italia pari al 7,5%.

### 1. Immigrati e realtà carceraria emiliano romagnola

Nelle carceri dell'Emilia-Romagna, il sia pur alto dato nazionale, viene ampiamente superato, infatti la presenza dei detenuti stranieri supera quella degli italiani, raggiungendo un'incidenza del 52,2%: questo dato evidenzia una problematicità gestionale e forti disagi, relativamente agli istituti della nostra regione, particolarmente rilevante, in considerazione di certe caratteristiche peculiari a questo segmento della popolazione detenuta, quali:

- la scarsità delle risorse economiche personali, che provoca una forte limitazione alle possibilità di acquisto di prodotti disponibili al sopravvittuto, alimentari e non (soprattutto sigarette);
- la conflittualità che si viene a creare con i compagni di detenzione italiani, dotati generalmente di una maggiore capacità di spesa, ai quali tentano di imporre una sorta di "redistribuzione dei beni acquistati" in nome di una ipotetica solidarietà tra detenuti, antico retaggio (oggi un pò obsoleto e forse anche ipocrita) appartenente alla subcultura carceraria;
- gli attriti che si vengono a creare tra le diverse razze ed etnie, per motivi culturali, religiosi, alimentari, di "stile di vita" e modelli comportamentali di riferimento tra i quali spiccano le abitudini alla cura di aspetto ed igiene, particolarmente rilevanti in situazioni di convivenza forzata in ambienti sempre più ristretti per sovraffollamento;
- le difficoltà linguistiche e di comunicazione in genere, che limitano notevolmente la socialità ed il rapporto con il personale, gli operatori ed i volontari, oltre che l'accesso a molte attività intramurarie;
- la limitatezza/assenza di risorse all'esterno del carcere, quali: il supporto di una famiglia, visite, mancanza di occupazione e di abitazione...;
- i problemi di comunicazione con i familiari ed il proprio entourage, sia per lettera che, soprattutto, per la possibilità di telefonare, per le limitazioni imposte dal divieto di telefonare cellulari, dalla identificazione del

telefono fisso, oltre che dalla riservatezza dei clandestini che non vogliono rilasciare informazioni che potrebbero identificarli;

- per i clandestini, le difficoltà connesse alla fruizione dei benefici ed alle possibilità di accedere alle misure alternative alla detenzione (oltre alla frequente sanzione aggiuntiva della “espulsione a fine pena”, riguardante anche chi è in possesso di permesso di soggiorno), con le inevitabili ripercussioni sulla condotta e sul mantenimento della disciplina da parte dei detenuti, che subiscono solo parzialmente il deterrente rappresentato dai provvedimenti disciplinari;
- la difficoltà, sempre riguardante gli stranieri clandestini in condizione di tossicodipendenza, di accedere a certi programmi terapeutici dei SerT, propedeutici all’ottenimento delle misure alternative.

Questa miscela viene resa ancor più pericolosa dall’effetto sovraffollamento, problema sempre più assillante per il sistema penitenziario nazionale, che risulta ancora più grave nella nostra Regione, poichè, a fronte di un indice nazionale pari al +48% (dato dal rapporto tra la presenza effettiva dei detenuti e la capienza regolare degli istituti), in Emilia-Romagna, la popolazione detenuta supera di ben il 52,2% la capienza complessiva degli istituti penitenziari.

## 2. Immigrati e realtà carceraria a Rimini

Presso la Casa Circondariale di Rimini, dove opera l’equipe-carcere del nostro SerT, la situazione fin qui descritta appare ancora più pressante, infatti i detenuti stranieri rappresentano oltre il 61% del totale (25 punti percentuali sopra alla media nazionale) mentre l’indice di sovraffollamento è pari a +69% (+44%, rispetto alla media italiana); la forte incidenza dei migranti sugli italiani, è aggravata dal fatto che, molti di questi, sono clandestini quindi dotati di risorse economiche molto limitate o assenti, viene ad evidenziare sacche di povertà molto forti, tra la popolazione detenuta, e conseguenti conflitti con quei carcerati, più radicati sul territorio e che, comunque, possono contare su un supporto economico più consistente e costante.

I tossicodipendenti presenti a tutt’oggi nel carce-

re di Rimini sono rappresentativi di oltre il 44% della popolazione detenuta, percentuale che si è ridotta, nel corso degli ultimi anni, da quando è stata operata una più attenta valutazione sui nuovi giunti e si è deciso di non basarci esclusivamente sulla dichiarazione rilasciata dall’utente alla visita di ingresso (relativa all’abuso di sostanze stupefacenti o alcool) ma di considerare ascrivibili a tale condizione solo quelli “potenzialmente certificabili”, per conoscenza pregressa, perchè provenienti da comunità terapeutica o perchè positivi, all’ingresso, agli esami previsti per la verifica dell’abuso di droghe oppure alcool, oppure, in grado di fornire documentazione attestante stati di abuso da alcool o da sostanze psicoattive.

Tra i detenuti tossicodipendenti, il 46% sono stranieri, in larga maggioranza maghrebini, e, tra i migranti, oltre il 62% risultano irregolari; le sostanze, rilevate ai controlli ai quali accettano di sottoporsi all’ingresso, evidenziano come, il 50% dei detenuti risultati positivi ai metaboliti urinari di sostanze stupefacenti, all’ingresso in carcere, hanno assunto cannabinoidi, percentuale la cui consistenza è da attribuire, soprattutto, alla maggior longevità di tali metaboliti (generalmente almeno 7 volte superiore a quella dei metaboliti degli oppiacei), mentre il 31% ha assunto cocaina ed il rimanente 19% oppiacei: tra questi ultimi, val la pena di evidenziare come il 60% siano stranieri, tutti di etnia araba.

Mentre la maggior parte dei detenuti tossicodipendenti italiani è conosciuto dai SerT, la



STUDIO Up-72

quasi totalità dei detenuti stranieri, omologhi per condizione, risultano sconosciuti oppure, in alcuni casi, hanno avuto contatti con i Servizi solo durante precedenti carcerazioni, questo a conferma della scarsa propensione, da parte dei migranti, anche se regolarmente residenti nel nostro paese, alla fruizione dei servizi sanitari, sia di base che specialistici; questa situazione dimostra l'importanza dell'equipe carcere del SerT nel favorire l'aggancio con i servizi da parte di quella parte sommersa di popolazione in condizione di tossicodipendenza, particolarmente consistente tra gli stranieri residenti in Italia.

Sempre per quanto riguarda i detenuti stranieri in condizione di addiction, si è rilevato un costante aumento di detenuti alcolisti, per effetto, anche, dell'inasprimento delle sanzioni per la guida in stato di ebbrezza e, come già evidenziato sopra, una ripresa del consumo di oppiacei: in quest'ultimo caso, si è rilevata, sempre più frequentemente, la presenza di immigrati in possesso di permesso di soggiorno e di residenza, figli di famiglie generalmente ben inserite nel tessuto sociale e lavorativo, spesso vittime del contrasto tra la cultura della famiglia d'origine e quella del gruppo dei pari, al quale appartengono.

### Un'osservazione conclusiva

La condizione degli stranieri detenuti in condizione di tossicodipendenza, è indubbiamente molto più problematica rispetto a quella dei nativi o dei migranti non-addicted; tale "sacca di disagio", particolarmente esplosiva per quanto riguarda i clandestini, può generare effetti dirompenti, sulla gestione della vita dei detenuti all'interno del sistema-carcere, in quanto pressochè totalmente inibita all'accesso di quelle risorse (terapeutiche, abitative, benefici di legge...) che consentono, agli altri detenuti, di rappresentarsi la possibilità di un reinserimento e di sviluppo di stili di vita più integrati, "accelerando" l'uscita dal carcere ed il distacco da contesti marginali e devianti: per questi motivi, proprio l'assenza di una dimensione di "speranza", porta molti di questi detenuti a mettere in atto agiti autolesivi particolarmente eclatanti, nei quali motivazioni di sfida (palesate) si mischiano a quelle relative ad una angoscia latente.



STUDIO UP 12

### Bibliografia di riferimento

L'esecuzione penale nei confronti dei migranti irregolari e il loro "destino" a fine pena. - di Emilio Santoro - dal sito "Ristretti Orizzonti" - periodico di informazione e cultura del carcere "Due Palazzi" di Padova ([www.ristretti.it](http://www.ristretti.it))

Gli stranieri in carcere tra esclusione e inclusione: l'esperienza trentina - Rapporto finale del progetto "Cittadinanza e immigrazione a Trento" - A cura di Andrea Di Nicola (Transcrime - Università degli Studi di Trento) - Editore Giunta della Provincia autonoma di Trento - anno 2007

Stranieri Tossicodipendenti e Carcere. - di Licia Caroselli, Cinzia Artoni, educatrici professionali; Diana Gran Dall'Olio, psicoterapeuta, psicologa (della Equipe Carcere Programma Dipendenze Patologiche AUSL PR). - dal sito dell'Azienda A.S.L. di Parma ([storage.aicod.it/portale/infodipendenze/intervista-shalom.pdf](http://storage.aicod.it/portale/infodipendenze/intervista-shalom.pdf))

Dati Statistici relativi a capienza istituti penitenziari e presenze detenuti italiani e stranieri, sito Ministero della Giustizia, anno 2011 ([www.giustizia.it](http://www.giustizia.it))

Daniele Donati, medico, Responsabile Sanità Penitenziaria ASL Rimini,  
tel 0541 325115  
email: [ddonati@auslrn.net](mailto:ddonati@auslrn.net)

Daniele Righini, Psicologo Equipe Carcere ASL Rimini,  
tel. 0541 753119  
email: [daniele.righini@auslrn.net](mailto:daniele.righini@auslrn.net)

Primo Pellegrini, Educatore Professionale, Azienda USL Rimini, U.O. Dipendenze Patologiche, Centro Studi e Documentazione,  
tel. 0541.325101  
email: ppellegrini@auslrn.net

## EVENTI, PUBBLICAZIONI, SITI...

### Info tratte da:

Centro Studi GRUPPO ABELE

<http://centrostudi.gruppoabele.org/>

**Ce.Do.Star** Centro Documentazione, Studi e Ricerca sul fenomeno delle dipendenze patologiche

### Libri

#### Baldi F.

Dinamiche transculturali e soggettività di confine nei luoghi della cura - Ed. Cantagalli, 2011, 240 p.

#### Masullo G.

Attraverso gli occhi dei medici. La salute dello straniero tra rappresentazioni e competenze professionali  
Ed. F. Angeli, Milano, 2010, 144 p.

#### Baraldi C. (a cura di)

Immigrazione, mediazione culturale e salute  
Ed. Franco Angeli, Milano, 2008, 232 p.

#### Fornari L., Peraboni B. (a cura di)

Prassi prevenzione al rischio di assunzione di sostanze, con sensibilità interculturale. Riflessioni sulla sperimentazione di un modello in ambito scolastico  
Ed. UNI Service, Trento, 2008, 241 p.

#### Turchi G. P. (a cura di)

Immigrazione e consumo di sostanze a bergamo. Una proposta di architettura dei servizi per la "promozione della salute" nel territorio - Ed. Armando, Roma, 2008, 240 p.

#### Perocco F. (a cura di)

Tossicodipendenza e immigrazione. Una ricerca sulle rappresentazioni sociali delle sostanze stupefacenti e sui percorsi di droga tra gli immigrati.  
Ed. Università Cà Foscari Venezia - Comune di Padova; Regione del Veneto, 2003, 96 p.

### Articoli

#### Pavarin R. M.

Analisi dei ricoveri ospedalieri negli stranieri e dipendenza da sostanze illegali In: Italian Journal on Addiction Vol. 1 Numero 5-6, 2011

#### Pavarin R. M.

Consumo problematico di alcol e accesso ai servizi tra i non nativi: Healthy or Happy migrant effect? In: Alcolologia, n.12 (dic.2011)

#### Casella P.

Accogliere e curare stranieri tossicodipendenti nel territorio di Roma - In: "Dal fare al dire", n. 3 (2010)

#### Carbone V. e altri

Prevalenza di HIV e HCV nei migranti dell'Est europeo e del Nord Africa: caratteristiche e differenze.  
In: Mission: periodico trimestrale della FeDerSerD, A. 9, n.29 (2010)

#### Biraghi G., Montanari A., Re E.

Servizio psichiatrico e utenza straniera  
In: "Prospettive Sociali e Sanitarie", A. 38, n. 6 (apr. 2008)

#### Geraci S.

I determinanti della salute degli immigrati.  
In: "Salute e Territorio" Rivista bimestrale di politica socio-sanitaria, Maggio-Giugno 2008 N. 168

#### Sacchetti G.

La medicina delle migrazioni  
In: "Salute e Territorio" Rivista bimestrale di politica socio-sanitaria, Luglio-Agosto 2008 N. 169

#### AA VV

Dal carcere al territorio: il problema dei pazienti tossicodipendenti extracomunitari senza permesso di soggiorno. L'esperienza del SerT di Genova e una proposta di intervento. In: Rassegna Italiana di Criminologia, A. 15, n. 1 (gen. 2004)

#### Salvioni P. Soria A. Feltrin R.

Tossicodipendenza e immigrazione: analisi sociodemografica degli utenti di un servizio a bassa soglia di Milano  
In: Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo, 1-2, 2002

### Web

POL-it the italian on line psychiatric magazine

SEZIONE ETNOPSICHIATRIA

<http://www.pol-it.org/ital/etno.htm>

### Eventi

#### VENEZIA 21 - 28 luglio 2012

Primary Care: mental health issues with a focus on drugs and behavior  
[www.continuingeducation.net/course/details.php?program\\_number=1046](http://www.continuingeducation.net/course/details.php?program_number=1046)

#### BOLOGNA 20 - 21 settembre 2012

Interazione e uso improprio di farmaci nella clinica delle dipendenze FeDerSerD Emilia Romagna. Per info: EXPOPOINT Telefono 031 748814 - fax 031 751525 Email federserd@expopoint.it

#### TORINO 4 - 5 ottobre 2012

Congresso: Outcome nelle dipendenze esiti della patologia esiti dei trattamenti - promosso in collaborazione con FeDerSerD Piemonte - Valle d'Aosta. Per info: EXPOPOINT Telefono 031 748814 - fax 031 751525 Email federserd@expopoint.it

#### PADOVA 30 novembre 2012

Convegno: Il trattamento delle patologie correlate nella popolazione più vulnerabile - promosso da FeDerSerD Veneto  
Per info: EXPOPOINT Telefono 031 748814 - fax 031 751525 email federserd@expopoint.it

Documenti e aggiornamenti su eventi sono disponibili sui siti:

Progetto Regionale Dipendenze - Regione Emilia-Romagna  
<http://www.saluter.it/wcm/dipendenze/>

Cedostar: <http://www.cedostar.it/>

# SESTANTE

SESTANTE è realizzato grazie al contributo di:



**Cooperativa Sociale Cento Fiori Onlus - Rimini**  
Comunità Terapeutico/Riabilitativa  
Centro Osservazione e Diagnosi  
Tel. 0541.743030  
www.coopcentofiori.it



**Fondazione Nuovo Villaggio del Fanciullo**  
Comunità specialistica per alcolisti - Ravenna  
Comunità Terapeutico/Riabilitativa  
Tel. 0544.603511  
www.fondazionevillaggiodelfanciullo.ra.it  
e-mail: m.ceccarelli@villaggiodefanciullo.org



**Comunità San Maurizio - Forlì/Cesena**  
Comunità Terapeutico/Riabilitativa  
Comunità specialistica di Doppia Diagnosi  
Tel. 0541.947471  
www.sanmaurizio.org



**Cooperativa Comunità Papa Giovanni XXIII - Rimini**  
Comunità Pedagogico/Riabilitativa  
Comunità Terapeutico/Riabilitativa  
Tel. 0541.909700  
www.apg23.org



**Associazione Saman - Ravenna**  
Comunità Terapeutico/Riabilitativa  
Comunità specialistica di Doppia Diagnosi  
Tel. 02.29400930  
www.saman.it



**Cooperativa Sociale La Casa - Ravenna**  
Centro Ravennate di Solidarietà  
Centro Osservazione e Diagnosi  
Comunità Terapeutico/Riabilitativa  
Tel. 0544.36044

- SerT - Cesena    Tel. 0547 352162    - email: sert@ausl-cesena.emr.it
- SerT - Forlì    Tel. 0543 733477    - email: sert@ausl.fo.it
- SerT - Ravenna    Tel. 0544 247251    - email: ra.sert@ausl.ra.it
- SerT - Rimini    Tel. 0541 325112-5125    - email: sertrn@auslrm.net

