

OBIETTIVOSANITA

L'aggiornamento continuo dell'Operatore Sanitario

Medicina e assistenza sanitaria multi-etnica: corretta gestione e comunicazione tra culture diverse

Modulo 1: Numeri, dinamiche e fenomenologia dell'immigrazione in Italia

Keywords: immigrazione, flussi migratori, distribuzione territoriale immigrati, famiglia

Autori: Dr **Simone Rasetti**, giornalista ed esperto in comunicazione

Dr.ssa **Eleonora Zanella**, infermiera operante nell'ambito dell'assistenza infermieristica diretta alla persona e consulente in ambito di formazione, in possesso di laurea magistrale in infermieristica e master professionale.

Responsabile scientifico: Dr **Andrea Vettori**, Esperto in Clinical Governance

Sanitanova è accreditato dalla Commissione Nazionale ECM (accreditamento n. 12 del 10/06/2010) a fornire programmi di formazione continua per tutte le professioni.

Sanitanova si assume la responsabilità per i contenuti, la qualità e la correttezza etica di questa attività ECM.

Inizio evento: 5/4/2012; ID evento: 12-29312

Obiettivi del modulo didattico

Al termine del modulo didattico, il lettore dovrebbe essere in grado di:

- **comprendere** le dimensioni dell'immigrazione nel nostro Paese
- **stimolare** la conoscenza dell'immigrato e del suo mondo

Il governo del fenomeno dell'immigrazione nel nostro Paese e le problematiche a esso connesse hanno polarizzato in questo ultimo decennio l'attenzione della nostra società, dal punto di vista sia politico sia

economico. Pochi temi riescono, purtroppo, a dividere e radicalizzare così tanto le opinioni, gli approcci e la visione generale della popolazione quanto questo argomento. Di riflesso, le risposte che la politica, sia a livello nazionale sia internazionale, ha saputo fornire per il corretto governo di un fenomeno così complesso e variegato sono spesso state carenti di visione unitaria e condivisa e non sufficientemente coordinate.

L'obiettivo di questo corso monografico è quello di fornire una sintetica analisi della situazione che si è venuta inevitabilmente a creare nel delicato mondo della sanità: affronteremo la questione partendo in questo primo modulo dai numeri e dalle dinamiche, ben fotografate dall'ultimo rapporto stilato dal Ministero degli Interni (dicembre 2007) e dall'Istat (2011); nei successivi moduli studieremo poi le norme che regolano il settore, le ricadute per gli operatori sanitari, alcuni casi particolari che possono però assurgere a paradigma del problema; inoltre affronteremo gli aspetti principali del concetto di comunicazione e, infine, gli aspetti della salute in cui l'interculturalità incide in modo determinante rispetto alle modalità di cura e di assistenza e in cui le strategie comunicative sono l'unica chiave che rende possibile ed efficace la presa in carico da parte degli operatori della salute.

Crediamo sia necessario che ogni attore del mondo della sanità sia consapevole che il tema dell'immigrazione (clandestina o regolarizzata) influenzerà la politica sanitaria del prossimo decennio, come in parte lo ha fatto in questo primo scorcio di terzo millennio, e che sarà necessario imparare a vivere e convivere con una realtà che ancora non conosciamo pienamente ma che già è abbozzata. Il numero dei medici, farmacisti, infermieri e operatori sanitari che quotidianamente si trovano a confrontarsi con culture diverse e diversi modi di interpretare la medicina e il rapporto tra curato e curante è destinato a crescere in termini di quantità e complessità. Inoltre, va sottolineato come sia in costante e progressivo aumento anche il numero di operatori e professionisti del comparto sanitario di origine straniera, che si inseriscono nei nostri servizi sanitari. Questo fenomeno, che vede alla base sia l'aumento di coloro che, per integrarsi, entrano nel mondo del lavoro in maniera aperta e disponibile, sia una riduzione di coloro che, non stranieri, rifiutano invece alcuni tipi di attività, non è scevro da aspetti dai quali non si può prescindere; in particolare:

- la necessità, da parte degli stranieri di confrontarsi con la lingua italiana;
- il confronto tra persone che vivono l'esperienza di malattia e che sono assistiti da soggetti di provenienze differenti;
- la barriera dei pregiudizi;
- la formazione e le caratteristiche culturali e professionali differenti per chi proviene da altri Paesi.

Obiettivo di questo corso è quello di fornire un quadro conoscitivo d'insieme in grado di orientare con più efficacia l'operato di infermieri che si confrontano con l'interculturalità e la multiculturalità e mettere a fattor comune le quotidiane e preziose esperienze professionali, utili ad indirizzare con maggiore efficacia ed efficienza le risorse che il sistema sanitario mette a disposizione dei cittadini immigrati e - in proporzioni via via crescenti - anche attraverso l'operato stesso di cittadini immigrati che operano nella sanità italiana.

Premessa

Un elemento propedeutico allo studio di questo Modulo didattico è senza dubbio la presa di coscienza - aiutata dai discorsi del Presidente della Repubblica - che nessun dato autorizza a pensare che l'Italia sia Sanitanova Srl. Medicina e assistenza multietnica: corretta gestione e comunicazione tra culture diverse –
Modulo 1

attualmente ai primi posti per numero di stranieri sul totale dei residenti, come erroneamente spesso gli organi di informazione inducono a credere. Le statistiche dicono, al contrario, che la presenza straniera è sì fortemente aumentata nel nostro Paese, ma che lo stesso fenomeno ha interessato anche gli altri Paesi europei, in gran parte dei quali però quella che i demografi definiscono *transizione migratoria* era già iniziata da tempo. Va tuttavia fatta anche un'altra osservazione: se abbiamo oggi un numero di stranieri ancora di gran lunga inferiore a quello del resto dell'Europa (pur nel contesto di una transizione migratoria assai accelerata), il nostro Paese è caratterizzato da una rilevante frattura territoriale che rende il centro-nord assai diverso dal sud. Al primo gennaio 2011 gli stranieri sono infatti il 7,5% della popolazione residente in Italia (rispetto al 7% registrato un anno prima), ma l'86,5% degli stranieri risiede nel Nord e nel Centro del Paese e il restante 13,5% nel Mezzogiorno. Tuttavia, gli incrementi maggiori della presenza straniera rispetto all'anno precedente si sono manifestati proprio nel Sud (+11,5%) e nelle Isole (+11,9%).

Queste le percentuali della presenza degli immigrati in alcuni Paesi europei:

- Italia 7,5%
- Francia 10,2%
- Germania 12,3%
- Portogallo 4,7%
- Spagna 10,8%
- Regno Unito 8,2%
- Svizzera 20,2%

La presenza straniera in Italia

Secondo i dati Istat sono 4.570.317 gli stranieri residenti in Italia al 1° gennaio 2011, 335 mila in più rispetto all'anno precedente (+7,9%). L'incremento è leggermente inferiore a quello registrato nel 2009 (343 mila unità). Il numero degli stranieri residenti nel corso 2010 è cresciuto soprattutto per effetto dell'immigrazione dall'estero (425 mila individui).

Nel 2010 sono nati in Italia circa 78mila bambini stranieri, il 13,9% del totale dei nati da residenti in Italia. L'aumento, rispetto all'anno precedente, è stato dell'1,3%, valore nettamente inferiore a quello (+6,4%) registrato nel 2009.

La popolazione straniera risulta più che sestuplicata rispetto alla situazione registrata quindici anni fa (649.000), che già considerava gli effetti della sanatoria del 1990 in seguito alla quale erano stati concessi oltre 218mila permessi. Inizialmente il ciclo migratorio italiano era rappresentato dalla presenza di giovani, in genere uomini (c'erano, infatti, 66 maschi ogni 100 stranieri), soli, in cerca di lavoro. Lo squilibrio tra i sessi è andato progressivamente diminuendo e, a seguito delle regolarizzazioni che hanno fatto registrare un aumento dei ricongiungimenti familiari specialmente tra le nazionalità straniere a netta prevalenza maschile, maschi e femmine hanno raggiunto livelli pari già nel 2006.

Questo il numero delle donne ogni cento immigrati:

Sanitanova Srl. Medicina e assistenza multietnica: corretta gestione e comunicazione tra culture diverse –
Modulo 1

- 1992: 33%;
- 1994: 40%;
- 1996: 45%;
- 2003: 46%;
- 2005: 47%;
- 2007: 51%;
- 2010: 50,1%.

Tuttavia è importante notare che anche la presenza per sesso è la risultante di situazioni notevolmente differenziate all'interno delle diverse collettività immigrate presenti sul territorio italiano.

In un secondo momento, l'età media si è innalzata e si è accentuata la presenza di persone sposate. La percentuale dei permessi rilasciati non più per lavoro, ma per ricongiungimento familiare è molto cresciuta in Italia negli ultimi 15 anni, raddoppiando di fatto dal 1992. Ciò è comprovato anche dalla percentuale di permessi di soggiorno rilasciati a stranieri coniugati: in questo gruppo di stranieri notiamo che le donne, rispetto agli uomini, rappresentano la quota maggioritaria.

Dall'analisi dei dati dell'ultimo decennio sembra quindi si possa evincere che, a ogni aumento del contingente di popolazione immigrata determinato dalle regolarizzazioni, si accompagna un aumento dei ricongiungimenti familiari negli anni immediatamente successivi. Tuttavia, questo aumento non è l'unica causa dell'incremento dei ricongiungimenti familiari: infatti, a questo va comunque a sommarsi la graduale tendenza alla stabilizzazione e alla "familiarizzazione" delle presenze immigrate, in modo particolare in alcuni sistemi migratori entrati in una nuova fase della loro evoluzione. La percentuale di bambini nati in Italia e figli di immigrati prima citati ne sono un indice.

L'identikit dello straniero

La struttura dell'età della popolazione straniera rileva che tra di essi prevalgono i minori e le persone in età attiva (lavorativa) e riproduttiva. L'età media è di 30,4 anni, inferiore a quella composta dalla popolazione residente nel complesso (42,3 anni). Quasi un quarto degli stranieri residenti in Italia è minorenni, indicatore di quanto l'immigrazione stia assumendo un carattere sempre più stabile e radicato sul territorio nazionale. Inoltre, un cittadino straniero su due (50%) ha un'età compresa tra i 18 e i 39 anni, contro il 29,2% della popolazione totale nella stessa classe di età.

Dal punto di vista sanitario, il fatto che la popolazione immigrata sia, almeno nel momento di prima immigrazione, composta prevalentemente da soggetti giovani e complessivamente in buona salute, che hanno quindi avuto un modesto impatto sul sistema sanitario nazionale, prende il nome di "effetto migrante sano". Sono infatti spesso giovani forti, sia fisicamente sia psicologicamente, e con un buon livello culturale quelli che si impegnano nel viaggio per migrare. Con la stabilizzazione in Italia gli immigrati perdono nel tempo la caratteristica di "giovani sani" e il loro bagaglio di salute, anche perché spesso sono impegnati in lavori usuranti e vivono in condizioni più disagiate. Infine, la stabilizzazione da parte dei primi "pionieri" fa sì che sia possibile l'immigrazione di altre persone, con caratteristiche psicofisiche non così solide come le prime, che emigrano fidandosi sulla presenza di familiari o amici. E' altrettanto importante,

ai fini di ciò che riguarda l'impatto della migrazione sulle popolazioni autoctone e sul sistema sanitario, ricordare però che la quota di presenza registrata necessita di una stima a crescere dovuta alla presenza di stranieri clandestini: essi non figurano ufficialmente tra i cittadini, ma, secondo ciò che le norme del SSN prevedono, sono soggetti di salute aventi diritto a cure e assistenza a prescindere dalla loro condizione.

Differenze territoriali

È da tempo noto che la distribuzione territoriale della presenza straniera è molto lontana dall'essere uniforme: nel Nord-ovest risiede il 35% degli stranieri, nel Nord-est il 26,3%, nel Centro il 25,2% e nel Mezzogiorno e isole il 13,5%. Nel 2010, tuttavia, come già nel 2009, l'incremento della popolazione straniera è stato più consistente nel Mezzogiorno che nel Centro-Nord (ISTAT - La popolazione straniera residente in Italia, dati 1° gennaio 2011).

La presenza degli stranieri residenti divisi per Regioni. A livello regionale le differenze si manifestano in modo ancora più evidente: l'incidenza assume valore massimo in Lombardia, dove la popolazione straniera rappresenta il 23,3% del totale dei residenti, in Lazio (11,9%), in Emilia-Romagna e Veneto (11,0%). Al Centro – ad eccezione del Lazio - i livelli sono leggermente più contenuti, ma spicca la Toscana, dove il tasso è pari all'8,0%. Nel Mezzogiorno il valore più alto della media della ripartizione è quello relativo alla Campania (3,6%) (vedi **Tabella 1**).

Tabella 1 - La presenza degli stranieri residenti divisi per Regioni

REGIONE	Totale stranieri	%
Piemonte	398.910	8,7%
Valle d'Aosta	8.712	0,2%
Lombardia	1.064.447	23,3%
Trentino-Alto Adige	90.321	2,0%
Bolzano-Bozen	41.699	0,9%
Trento	48.622	1,1%
Veneto	504.677	11,0%
Friuli-Venezia Giulia	105.286	2,3%
Liguria	125.320	2,7%
Emilia-Romagna	500.597	11,0%
Toscana	364.152	8,0%
Umbria	99.849	2,2%
Marche	146.368	3,2%
Lazio	542.688	11,9%
Abruzzo	80.987	1,8%
Molise	8.929	0,2%
Campania	164.268	3,6%
Puglia	95.709	2,1%
Basilicata	14.738	0,3%
Calabria	74.602	1,6%
Sicilia	141.904	3,1%
Sardegna	37.853	0,8%
ITALIA	4.570.317	100,0%

All'interno di tale distribuzione si nota inoltre una forte disparità tra i capoluoghi di provincia (con maggiori presenze) e le zone rurali. Tra le province italiane, quella con la comunità straniera più grande è, al 1° gennaio 2011, quella di Milano (407.191), seguita da quella di Roma (405.657), quindi le province di Torino (198.249) e Brescia (160.284). Nonostante ciò, le province che hanno avuto gli incrementi percentuali maggiori rispetto al 2009 sono proprio quelle centro-meridionali e insulari (Taranto: +33,3%; Nuoro: +17,4%; Caltanissetta: +16,3%; Cosenza: +15,7%).

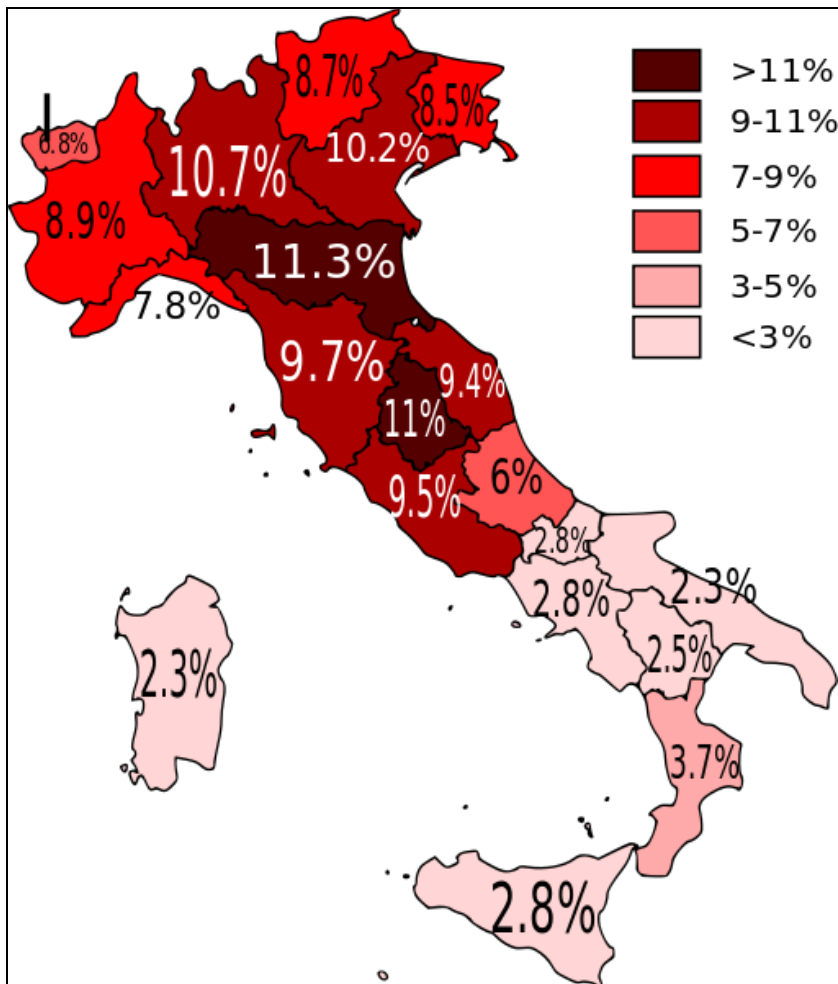
I comuni italiani con più cittadini stranieri residenti, al 1° Gennaio 2011, sono nell'ordine:

- Roma (294.571 unità)
- Milano (217.324)
- Torino (127.717)
- Genova (50.415)
- Firenze (50.033)
- Bologna (48.466)
- Brescia (36.884)
- Verona (36.666)
- Padova (30.933)
- Napoli (29.428)
- Venezia (29.281)
- Reggio nell'Emilia (28.856)
- Prato (28.402)

I capoluoghi di provincia italiani con la più alta percentuale di stranieri residenti sul totale della popolazione, al 1° Gennaio 2011, sono nell'ordine:

- Brescia (19,0 %)
- Reggio nell'Emilia (17,0 %)
- Piacenza (16,6 %)
- Milano (16,4 %)
- Vicenza (16,0 %)
- Prato (15,1 %)
- Bergamo (15,0 %)

- Modena (14,7 %)
- Padova (14,4 %)
- Parma (14,2 %)



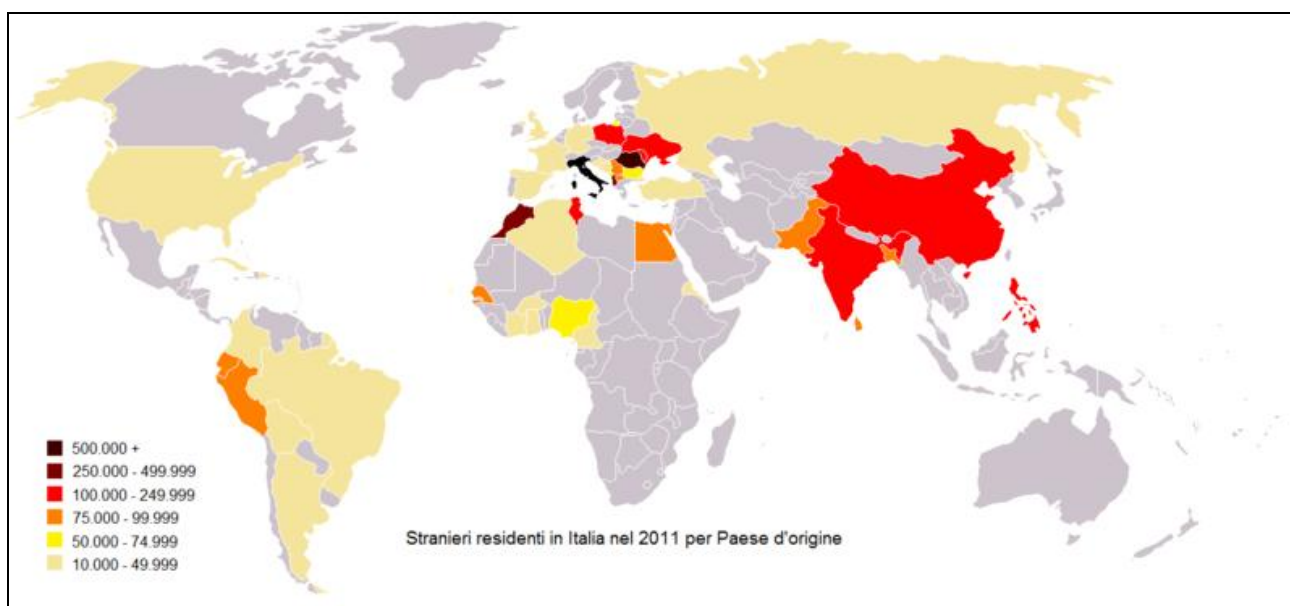
Fonte: ISTAT - La popolazione straniera residente in Italia, dati 1° gennaio 2011

Secondo gli ultimi dati resi disponibili dall'Istat in complesso sono presenti circa 573 mila cittadini stranieri residenti nati nel nostro Paese; questi rappresentano la seconda generazione d'immigrati, che è pari al 13,9% del totale della popolazione straniera residente.

Questa la distribuzione dei permessi di soggiorno per nazionalità (gennaio 2011) che dà sommariamente un quadro sulle provenienze principali del fenomeno migratorio:

- 1) Romania 968mila
- 2) Albania 482mila
- 3) Marocco 452mila
- 4) Cina 209mila

5)	Ucraina	200mila
6)	Filippine	134mila
7)	Moldova	130mila
8)	India	121mila
9)	Polonia	109mila
10)	Tunisia	106mila
11)	Perù	98mila
12)	Ecuador	91mila
13)	Egitto	90mila
14)	Macedonia	89mila
15)	Bangladesh	82mila



Fonte: Wikipedia 2011, utente T,C&S

Le seconde generazioni in Italia

Quasi un quarto degli immigrati è costituito da minori. La quota sulla popolazione straniera è da imputarsi ai numerosi nati in Italia da genitori stranieri e ai ragazzi arrivati a seguito di ricongiungimenti familiari. Questo dato è piuttosto rilevante rispetto al passato: infatti, per effetto delle nascite in Italia da genitori stranieri e dei ricongiungimenti familiari si è passati in venti anni da 51mila minorenni iscritti in anagrafe nel 1991 a circa 700mila. Sempre più spesso, infatti, le coppie di cittadini stranieri scelgono di realizzare i loro progetti familiari e di mettere al mondo un figlio nel nostro Paese. Questa tendenza può essere letta come un primo segnale sia di progettualità a lungo termine sia di integrazione con la società di ricezione.

In questo contesto si considerano “seconda generazione” i bambini stranieri nati in Italia e i minori soggiornanti nel paese che non hanno ancora avviato il loro processo di scolarizzazione nella società di accoglienza (0-5 anni).

Il numero dei nati per mille stranieri residenti in Italia è - dato particolarmente importante - praticamente raddoppiato nel corso di poco più di dieci anni: infatti da 11,6 nati per mille stranieri nel 1993 si è passati a 22,3 nati per mille nel 2004 e nel 2011 il quoziente si assesta a valori prossimi a 17,7 nati per mille.

Nel 2011 la percentuale di nati stranieri sul totale dei nati in Italia si assesta sul 13,9%

Gli elementi di principale correlazione tra immigrazione e salute

Quelli che la letteratura riporta oggi come gli aspetti della salute che maggiormente sono correlati al fenomeno migratorio, sono esperienze di salute e di malattia che risentono di due fenomeni:

- quello **culturale**, dal quale emerge la sostanziale differenza del vissuto di una stessa esperienza di salute o malattia da parte dello straniero rispetto al nostro contesto (vedi la gravidanza)
- quello **epidemiologico/patologico**, dal quale emerge che alcune malattie, da noi scomparse, in altre paesi sono ancora presenti e, complementare a quanto detto, alcuni quadri patologici per noi in altre culture non si manifestano in maniera equivalente (vedi malattie epidemiche o esantematiche infantili)
- quello **preventivo** in cui spesso emerge la totale non conoscenza o noncuranza degli aspetti cautelativi riguardanti lo sviluppo successivo di malattie (vedi malattie a trasmissione sessuale o riduzione dell'adesione alle campagne vaccinali infantili).

Proveremo ad analizzare uno per volta questi principali aspetti di correlazione tra salute e immigrazione. È fondamentale ricordare che l'approccio interculturale alla salute, così come il raffrontarsi con la multiculturalità in generale, necessita di una apertura mentale e di una competenza che riguarda aspetti sociologici, antropologici e storici, dai quali non può prescindere per una visione olistica delle persone con le quali ci si confronta.

La gravidanza e il parto

Con riferimento a quanto detto poc'anzi sull'aumento progressivo dei bimbi nati da genitori immigrati nel nostro Paese, possiamo evidenziare come la gravidanza e il parto siano esperienze in cui l'impronta culturale ha un forte impatto nella determinazione del vissuto sia per la madre, sia per la famiglia sia per il nascituro. A fronte di ciò è necessario quindi che i professionisti che operano nella sanità italiana si debbano confrontare con l'assistenza durante gravidanza e parto considerando le peculiarità di provenienza etnica e di tradizione delle donne che si trovano a seguire, non assoggettandoci, ma tenendo in considerazione la loro alterità. Questo confronto fa emergere peculiarità relative alla cultura già in persone provenienti da luoghi diversi del nostro paese; tutto ciò ovviamente si amplifica e si moltiplica se pensato e rapportato alle provenienze dal resto del Mondo.

L'Italia è un paese dove gravidanza e parto sono esperienze riconosciute e tutelate anche a livello giuridico; per certi aspetti sono addirittura troppo “protette” poiché si è arrivati a una medicalizzazione dell'evento maternità, caratterizzato da una moltitudine di visite e controlli, da un eccesso di trattamenti preventivi e da un interventismo (cesarei inappropriati, analgesie farmacologiche generalizzate) che hanno

Sanitanova Srl. Medicina e assistenza multietnica: corretta gestione e comunicazione tra culture diverse –
Modulo 1

indubbiamente denaturato l'esperienza in sé. Quando ci si confronta e ci si rapporta con una donna straniera immigrata, il suo modo di vivere l'esperienza della gravidanza e del parto spesso cambiano radicalmente. Nella maggior parte dei casi, a prescindere dal luogo di provenienza, essa non è abituata a essere circondata da medici durante questo momento della vita, ma da una rete familiare che la accompagna e la guida. Non è portata a focalizzare l'attenzione sui rischi o sulle criticità dell'evento parto, per sé stessa o per il bambino in arrivo, né a concentrarsi sul dolore che percepirà, ma bensì sulla gioia e sul concetto di vita. Questo fa sì che, in caso d'insorgenza di problematiche, ci possa essere qualche rischio in più, qualche ritardo in più nell'intervenire in merito, ma indubbiamente permette di vivere in maniera più fisiologica e naturale l'evento gravidanza. Indubbio è che gli elementi più critici che la donna immigrata si trova spesso ad affrontare nell'esperienza di diventare madre sono riconducibili sì a quegli eventi avversi o complicanze che possono intercorrere (riconosciute tardivamente proprio per un approccio individuale non medico rispetto alla gravidanza) o legate a quadri patologici presenti nel nostro paese (es. la toxoplasmosi), ma ancor più alla solitudine nella quale spesso qui si viene a trovare.

Il riconoscimento e il rispetto delle tradizioni? Sono elementi che, per favorire la tanto acclamata integrazione, andrebbero conosciuti e, laddove possibile, rispettati o mediati quando costituiscono discrasia con la deontologia professionale italiana.

La **Tabella 2** riporta alcuni esempi di come la gravidanza possa essere vissuta, con le caratteristiche peculiari e le possibili soluzioni di eventuali carenze assistenziali che potrebbero insorgere.

Tabella 2 – Provenienza, caratteristiche e soluzioni dell'esperienza gravidanza e parto

<i>provenienza</i>	<i>caratteristica</i>	<i>soluzione</i>
Donna araba	Ecografia accettata, visita ginecologica poco accettata	Ridurre visite ginecologiche, utilizzare ginecologi donne, educare al sintomo
Donna berbera	Sepoltura della placenta come rituale di buon auspicio per il bimbo nato	Consegnare alla donna un frammento placentare in formalina che possa effettuare le pratiche rituali
Donna cinese	Rifiuto della parto-analgesia farmacologica (epidurale) poiché il dolore fa parte della fisiologia del parto nella concezione cinese	Proporre forme di analgesia non farmacologiche (massaggio, parto in acqua, musicoterapia, ecc.)
Donna centroafricane (Eritrea, Congo, ecc.)	Mutilazioni genitali femminili come rituale	Educazione alla pericolosità e necessità di eliminazione della pratica, ma il processo è lungo. Nel frattempo , per evitare che le bimbe vengano sottoposte clandestinamente o all'estero a tali manovre, si sono ipotizzate metodiche alternative di mediazione, quali la micro-puntura dei genitali esterni con fuoriuscita di 3 gocce di sangue (simbolo essenziale del rito sacrificale), metodo non demolitivo, non dannoso in modo permanente, discretamente tollerato (accompagnato da anestesia locale), conservativo di un rituale accettato dalle culture che lo richiedono. (Soluzione adottata in strutture della città di Firenze)

L'importanza della fertilità nelle diverse culture

Le donne immigrate proliferano maggiormente delle donne italiane. I motivi sono molteplici, ma li riassumiamo nei seguenti

- minore adesione a pratiche contraccettive
- minore presenza nel mondo del lavoro
- fattori socio-culturali.

Occorre sottolineare che, per le donne immigrate, soprattutto africane, la scelta di fare figli è indipendente dalle condizioni economiche. La giovane età non rappresenta un vincolo all'essere madre, ma anzi una opportunità poiché la possibilità di procreare lungamente e numerosamente, il suo indice di fertilità quindi, spesso risulta essere un elemento che favorisce, nelle culture di provenienza del sud del Mondo, l'accettazione della donna nei gruppi, nei clan e la possibilità di essere appetibile, di divenire moglie e di essere rispettata e protetta all'interno della coppia e della famiglia. Diversamente si arriva all'allontanamento, all'isolamento e persino al ripudio. Queste "abitudini culturali", quella di divenire madre molto giovane per esempio o di proliferare numerosamente, in un contesto culturale come il nostro, in una società che spesso impone poi alla donna di trovare lavoro per vivere dignitosamente, comporta come conseguenza grandi difficoltà per le giovani madri, innescando circoli viziosi sia nel proprio intimo (conflitti con il coniuge perché lavorando non può accudire i figli o non può procrearne altri) sia nella società di integrazione (molti figli ovvero scarsa disponibilità al lavoro). Ecco poi che si rende apparentemente necessario ricorrere a mezzi drastici, da parte di queste donne, quali l'abbandono del neonato o l'interruzione di gravidanza: conseguono a una impossibilità di accudimento, ma sono a dimostrazione della sua fertilità. La contraccezione risulta ancor oggi un elemento di evitamento della possibilità di procreare (decisa, scelta e a discrezione dell'uomo in ogni rapporto sessuale che completa) e una scelta "contronatura", perciò da evitare. Superare con l'educazione sanitaria e la mediazione culturale tutti questi fenomeni non risulta affatto cosa facile. Ma anche questa è salute, anche questa è sanità.

La relazione transculturale in pediatria

Quando ci si avvicina a un neonato, ci si avvicina sempre a un soggetto doppio: al binomio inscindibile mamma-bambino. Tutti gli elementi di provenienza, culturali, di visione e di vissuto dell'esperienza di gravidanza e parto che abbiamo visto fino ad ora li ritroviamo nell'esperienza della maternità attiva. Ma se nella cultura occidentale, erroneamente, la paternità è ritenuta più marginale, in alcune culture di luoghi di migrazione non è affatto così, poiché l'uomo di famiglia risulta avere ancora una posizione decisionista e impositiva dalla quale non si può prescindere. È indispensabile conoscere se l'impronta culturale di provenienza risulta di matrice matriarcale o patriarcale per orientare la presa in carico e l'accompagnamento della nuova famiglia. Ecco che la relazione transculturale in pediatria risente chiaramente delle differenze culturali nell'accudimento del bambino. Ogni madre d'istinto tende a riprodurre i modelli comportamentali di crescita appresi. Il rapporto tra famiglia e pediatra, ad esempio, è una triangolazione, dove le diverse culture si mostrano in molte caratteristiche. I professionisti che sono chiamati a intervenire devono considerare di poter curare il bambino senza sradicarlo dalle abitudini familiari. D'altro canto occorre comprendere come le differenze di percezione culturale sulla malattia siano fondamentali nel rapporto. È importante orientare i genitori nel far loro comprendere ciò che, dal punto di vista sanitario, interviene sul piccolo nato perché nato appunto o in fase di crescita in un Paese che predispone a malattie diverse da quelle del loro luogo di provenienza, più o meno gravi, più o meno tipiche e specifiche, più o meno da loro stessi determinate. Ad esempio, un pediatra italiano non considera un episodio di diarrea in un bambino un episodio grave, soprattutto nelle epidemie di gastroenteriti che ciclicamente affliggono i nidi delle città italiane; una madre africana, cresciuta in un ambiente dove la mortalità infantile per malattie infettive è elevata, vive con angoscia lo stesso episodio. La comunicazione diviene fondamentale strumento nel processo di educazione e promozione alla salute.

La genitorialità in Paesi e culture diverse da quelle di provenienza assume caratteristiche diverse in termini di preoccupazioni, atteggiamenti protettivi o lascivi: sarebbe bene individuare gli aspetti che più creano difficoltà o ansia nei genitori immigrati ed effettuare dei percorsi di educazione, di prevenzione e di

informazione pre-nascita, utili ai futuri genitori per avere una visione d'insieme su a cosa andranno incontro. La ricaduta può essere di duplice utilità: gli operatori della salute possono altresì avere una visione d'insieme di chi sono i nuovi genitori stranieri con cui confrontarsi e delle loro difficoltà. Si costituirebbe così anche un osservatorio epidemiologico diretto da cui attingere dati e informazioni, utili in un'ottica di medicina interculturale proattiva e integrativa. È importante però sempre ricordare che, sebbene le differenze culturali e di stili di vita siano reali e vadano conosciute, non sempre esse si manifestano nella misura in cui li interpreta l'opinione pubblica; i luoghi comuni o il pregiudizio (inteso non in una accezione negativa, ma come giudizio che viene prima ciò che ancora non si conosce) può indurre a male interpretazioni di comportamenti degli stranieri stessi creando fraintendimenti. Di seguito un esempio narrato da uno dei protagonisti di un episodio:

< [...]Thu-Ha ha sei anni ed è appena arrivata dal Vietnam; appena arrivata comincia la prima classe della scuola elementare; non conosce l'italiano e tantomeno le abitudini della scuola. All'ingresso in classe si guarda attorno spaesata, si siede in un angolo della classe e assiste in silenzio ai giochi e alle attività. Dopo qualche ora, la bambina si stringe la testa fra le mani, si dondola e si mette silenziosamente a piangere. Le maestre non sanno come comportarsi: non conoscono la lingua, hanno paura di sbagliare comportamenti (la proposta di sedersi a un tavolo a disegnare era stata disdegnata dalla bimba), in pratica pensano di aspettare pazientemente che tornino i genitori. Il medico scolastico, presente quella mattina nella scuola, per caso si avvicina alla bambina, sollecitato dalle maestre. Una breve analisi consente di capire che la causa del pianto è una "banale" otite.[...] >

Il ruolo della famiglia nelle diverse popolazioni di migranti

Nello studio dei fenomeni migratori, la costituzione delle famiglie e le specifiche forme che queste assumono, tra Paesi di provenienza e contesto di approdo, costituiscono uno specifico e fondamentale punto di analisi. Famiglie intere che migrano, o singoli che concretizzano poi ricongiungimenti o ancora singoli che costituiscono una nuova famiglia nel Paese ospitante: la commistione e la miscela di cultura che si innesca è estremamente affascinante e costruttiva dal punto di vista sociologico e antropologico. Non è scevra però di possibilità di contrasti di diversa natura (religiosa per lo più) o di carattere socio – sanitario : il patrimonio genetico che ogni individuo, anche in virtù del proprio luogo di nascita, è corredo di storia, di tradizione, ma anche di informazioni sullo stato di salute e di codifica dello stesso. La domanda che origina in ogni "nuovo genitore" si orienta su che tipo di genitore essere, quali impronte educative, formative culturali trasmettere al piccolo nato. Ma in un contesto di immigrazione le domande acquistano delle variabili di risposte aggiuntive poiché tutti gli aspetti su cui i genitori si interrogano devono risentire anche, nell'influenzamento del percorso di crescita del proprio figlio, non solo degli elementi propri dell'essere individui con una cultura di origine, ma dell'essere individui anche di una cultura acquisita in un contesto diverso da quello di provenienza, che diviene però contesto di provenienza per il neonato. È necessario e fondamentale per ogni soggetto migrante e immigrato portare con sé sempre parte del proprio essere di ciò che si è in funzione del luogo da cui si proviene; ma è altrettanto necessario e indispensabile essere disposti e predisposti a *diventare* anche in funzione del luogo in cui si arriva, si vive e si cresce. Questo elemento è alla base del concetto di integrazione ed elude il rischio di discriminazione.

Per molti stranieri la formazione di una vita familiare in terra d'immigrazione si è rivelata essere una possibilità auspicabile e vantaggiosa, tenacemente perseguita per ragioni diverse, prettamente economiche come sociali e identitarie. D'altronde il pieno consolidamento di una vita familiare in emigrazione pone in essere questioni di "assimilazione", concetto ampiamente dibattuto dalle scienze sociali e rispetto al quale Sanitanova Srl. Medicina e assistenza multietnica: corretta gestione e comunicazione tra culture diverse –

la dimensione familiare assume un particolare rilievo. La famiglia, infatti, costituisce il principale ambito di socializzazione, attraverso cui si trasmettono gli assunti cognitivi, valoriali e normativi che fondano la capacità individuale di discernere e orientarsi tra gli eventi della vita anche nei nuovi contesti di quotidianità. Nel complesso, gli stranieri in Italia vivono esperienze di mobilità che passano attraverso una piena realizzazione della sfera familiare: si ricongiungono coniugi e figli, si formano nuove coppie, aumenta la prole e cambia la vita domestica, animata sempre meno da parenti e amici quanto piuttosto dal mero accrescimento del nucleo familiare.

BOX di approfondimento

La famiglia: un punto cardine per gli immigrati

Un primo significativo tratto che connota l'evoluzione della presenza migratoria in Italia riguarda la crescente rilevanza che sta assumendo la dimensione familiare. Il 14° censimento sulla popolazione italiana ci segnala, infatti, che nel 2001 gli immigrati che vivono in famiglia sono un'ampissima maggioranza, cioè 1.036.450 contro i 270.549 che vivono soli o in forme diverse di convivenza. Nello specifico ci segnala che circa l'80% degli stranieri residenti in Italia vive in una famiglia incentrata sulla coppia e/o sul legame genitoriale - cioè famiglie con almeno un nucleo familiare - prevalentemente nel ruolo di genitori (35%), ma anche di figli (25%) o coniugi e conviventi (14%). Da rilevare, incidentalmente, che i giovani stranieri di età compresa tra i 25 e i 34 anni hanno già dato vita a una famiglia con figli nel 40% dei casi, a differenza degli italiani che nella stessa fascia di età nel 42% non hanno ancora lasciato la casa natale (Istat, 2006). Diversamente, il 7,5% degli stranieri in Italia risiede in forme diverse di convivenza, mentre il 13% dichiara di abitare sola. Quest'ultimo dato assume più rilevanza se si considera che gli stranieri che vivono soli sono giovani, a differenza degli italiani che in larga prevalenza sono tali soprattutto da anziani perché vedovi. Ma comunque va osservato che nel complesso, sul totale delle famiglie con almeno un componente straniero, gli aggregati domestici senza nucleo sono fortemente diminuiti negli ultimi quindici anni, passando dall'essere il 45% nel 1991, al 30% nel 2006. L'altro dato significativo che emerge è che tra le famiglie composte almeno da uno straniero aumentano progressivamente e decisamente quelle nucleari, cioè incentrate sulla relazione di coppia e/o genitoriale (dal 53% al 64%). Infine, un ulteriore indicatore di stabilizzazione familiare per gli immigrati in Italia è dato dal progressivo incremento della numerosità dei componenti degli aggregati che può essere colto tra il 1991 e il 2001. In particolare si riscontra un deciso decremento percentuale delle famiglie in cui è presente un solo componente straniero, che nel 1991 erano il 75% e nel 2001 sono il 60%, mentre aumentano significativamente le famiglie in cui i componenti stranieri sono tre o quattro (rispettivamente dal 5 al 10% e dal 3 al 9%). Considerando che nel tempo tendono decisamente ad aumentare le famiglie composte dal nucleo isolato, e quindi a esclusione di membri esterni, tale incremento può essere imputato soprattutto ai ricongiungimenti e alle nascite.

Famiglie senegalesi	Famiglie cinesi	Famiglie filippine e peruviane	Famiglie marocchine e albanesi
<p>Emblematico è il caso degli uomini senegalesi, presenza storica in Italia, che fin dalle origini compongono un flusso migratorio prevalentemente maschile - rapporto di cinque uomini per donna - dando vita ad aggregazioni familiari nell'84% dei casi senza nucleo, i cui membri aggregati raramente sono parenti. Tradizionalmente, infatti, in Senegal i canali dell'emigrazione internazionale sono selettivamente aperti agli uomini giovani e celibi, affinché vivano un'esperienza di vita, volta all'accrescimento personale, all'accumulazione di un capitale monetario e al sostegno dei familiari rimasti in patria. Questo modello migratorio prevede periodici rientri e non esclude il matrimonio e la formazione di una nuova famiglia, ma questa rimane "dislocata" in Senegal. Sebbene, tale modello si sia fortemente trasformato nel corso del tempo, l'impianto iniziale caratterizza e orienta ancora significativamente l'evoluzione di questo flusso migratorio</p>	<p>Quasi specularmente all'immigrazione senegalese si evolve, invece, l'immigrazione cinese in Italia: al contrario della precedente, infatti, questa si sviluppa proprio attraverso la mobilità e l'insediamento di nuclei familiari, come indirettamente indica il rapporto di mascolinità, già nel 1991 molto più equilibrato di quanto anche attualmente non sia per gruppi di pari anzianità migratoria. Di fatto, nel 2001 le famiglie cinesi in Italia sono in ampia maggioranza nucleari (68%), delineando una modalità di insediamento che in tal senso si distingue da tutti gli altri gruppi, compresi quelli di più antica presenza. Tale andamento può essere spiegato considerando che le traiettorie migratorie dei cinesi in Italia si svolgono attraverso un sistema di attività d'impresa, nel manifatturiero come nel terziario, che è familiare; si configurano, così, unità familiari costituite da coppie e/o da genitori e figli, che nel 14% dei casi - più di quanto non sia per altri gruppi - aggregano membri, spesso parenti lontani e non parenti (rispettivamente 22% e 28%) oppure formate da più nuclei familiari (4%). In tal senso possiamo evincere che per molti cinesi la formazione di una famiglia in Italia non costituisce un punto di arrivo del percorso migratorio susseguente la stabilizzazione individuale, quanto piuttosto una sua premessa, cioè la condizione di partenza su cui s'impennano e si rendono possibili attese traiettorie socio-economiche.</p>	<p>A differenza dei cinesi, per gli altri gruppi la presenza di strutture familiari incentrate sul nucleo spesso è predominante, ma resta comunque ancora molto significativa la percentuale di famiglie senza nucleo. Nel caso dei flussi migratori provenienti dalle Filippine e dal Perù, il rapporto di mascolinità ci indica la loro composizione largamente femminile: si tratta in effetti soprattutto di donne immigrate per motivi di lavoro e largamente impiegate nel settore del lavoro domestico e di cura. Coloro che danno vita a una propria famiglia sono quante riescono a conciliare la cura del loro gruppo familiare con quella prestata a servizio presso le famiglie degli italiani e ciò spesso si rende possibile in una fase più matura della traiettoria migratoria: significativo rilevare che per l'immigrazione peruviana le famiglie che si costituiscono in Italia sono nel 23% dei casi monogenitoriali. Infine, sia per le famiglie filippine sia per le famiglie peruviane che aggregano membri esterni al nucleo familiare, è rilevante la quota di quanti non sono parenti o lo sono lontanamente (per le famiglie filippine questi sono rispettivamente il 47 e il 13%, mentre per le peruviane il 40 e il 6%); ciò segnala la perdurante vitalità delle catene migratorie, che sono anche reti di reclutamento e avviamento al lavoro domestico, che evidentemente si avvale anche della stabilizzazione familiare che alcune raggiungono.</p>	<p>Come in precedenza, anche per quest'ultimo capitolo prendiamo in prestito le considerazioni che si possono leggere nel rapporto stilato dal Ministero degli Interni e consideriamo, quindi, le presenze dei marocchini e degli albanesi. Si tratta d'insediamenti che per lungo tempo si sono incrementati prevalentemente attraverso catene migratorie maschili, come indica il rapporto di mascolinità sbilanciato in tal senso nel 1991 (tre e quattro uomini per donna rispettivamente per gli albanesi e i marocchini), che nel corso del decennio successivo hanno fortemente incrementato la componente femminile, giungendo a un significativo riequilibrio della presenza. Un discorso analogo può essere fatto per la presenza tunisina. Ciò comporta una sorta di evoluzione differenziata: da un lato, la numerosità incide nel connotare questi flussi migratori ancora come fortemente maschili, poiché, appunto, in termini assoluti gli uomini singoli continuano a costituire una presenza di rilievo e presumibilmente spiegano le percentuali significative di famiglie senza nucleo (33 e 44%, rispettivamente, per albanesi e marocchini). Al contempo, è interessante osservare come le famiglie nucleari che vengono a comporsi svolgono un'azione di richiamo nella catena migratoria più selettiva e circoscritta relativamente al grado di parentela di chi viene aggregato: le famiglie albanesi e marocchine, infatti, includono nel gruppo familiare soprattutto genitori e fratelli; viceversa, in percentuale considerevolmente più bassa di altre ospitano persone che non siano parenti.</p>

Glossario

Censimento. Il censimento generale della popolazione e delle abitazioni è una delle principali rilevazioni dell'Istat. Consente di raccogliere informazioni sulla popolazione residente, sulla quale si rilevano vari caratteri statistici, e su quella occasionalmente presente nel Paese, sulla quale si rilevano solo informazioni sommarie. Il censimento della popolazione si effettua in Italia ogni 10 anni, nell'anno che termina con 1, con l'eccezione degli anni 1891 e 1941, mentre ne fu aggiunto uno nel 1936. Dal 1951 il censimento della popolazione è aggregato a quello delle abitazioni.

Clandestino. Sono definite "clandestine" le persone che non sono riuscite a ottenere il permesso di soggiorno o a rinnovarlo, che sono entrate in Italia con un visto turistico poi scaduto, ancora che hanno evitato sia il visto turistico sia le procedure previste per ottenere nei paesi d'origine il visto d'ingresso in Italia. Spesso sono considerati "clandestini" anche i profughi intenzionati a richiedere asilo o in attesa di una risposta alla loro richiesta, oppure ancora sfollati in fuga da guerre o disastri naturali.

Decreto flussi migratori. È la programmazione annuale di un determinato numero di ingressi di lavoratori extracomunitari in Italia. Da alcuni anni è diventato un istituto noto e di particolare interesse per le aziende, le associazioni di categoria e le famiglie la uscita dei Decreti di programmazione degli ingressi di stranieri per lavoro. L'ingresso per motivi di lavoro di stranieri è generalmente condizionato da disposizioni dello Stato: in altri termini, non basta la volontà del datore di lavoro e il desiderio della persona straniera che si trova all'estero per consentire l'ingresso e la assunzione del medesimo, ma occorre che lo Stato ne dia la possibilità e valuti l'opportunità anche in base alla situazione occupazionale del mercato del lavoro nel territorio nazionale. Normalmente l'ingresso di lavoratori stranieri è condizionato dalla procedura di preventiva autorizzazione al lavoro e all'ingresso (o di procedure equivalenti) e dall'esistenza di una proposta di contratto di lavoro - ora anche di un contratto di soggiorno - presentata da un datore di lavoro con l'intento di evitare che l'immigrato possa trovarsi, appena arrivato in Italia, incapace di trovare sistemazione lavorativa e alloggiativa, ossia che si determini una ingestibilità della situazione occupazionale, situazioni che determinerebbero rischi o costi sociali che l'Ente Pubblico non può ammettere.

Istat. L'Istituto nazionale di statistica è un ente di ricerca pubblico italiano, le cui attività comprendono: censimenti sulla popolazione, censimenti sull'industria, sui servizi e sull'agricoltura, indagini campionarie sulle famiglie (consumi, forze di lavoro, aspetti della vita quotidiana, salute, sicurezza, tempo libero, famiglia e soggetti sociali, uso del tempo, etc.) e numerose indagini economiche (contabilità nazionale, prezzi, commercio estero, istituzioni, imprese, occupazione). Fu istituito come Istituto Centrale di Statistica nel 1926, durante il Fascismo, per raccogliere, in forma organizzata, alcuni dati essenziali riguardanti lo Stato. È stato in seguito riorganizzato, con il decreto legislativo 6 settembre 1989, che ha istituito il Sistema Statistico Nazionale e ha dettato norme sui compiti e l'organizzazione dell'Istat, cambiandone tra l'altro la denominazione.

Immigrazione. Fenomeno che comporta lo spostamento di grandi numeri di soggetti da un Paese (verosimilmente quello di origine) ad un altro per motivazioni diverse ma spesso finalizzate alla ricerca di un benessere maggiore. L'immigrazione in Italia è un fenomeno relativamente recente, che ha cominciato a raggiungere dimensioni significative all'incirca nei primi anni settanta, per poi diventare un fenomeno caratterizzante della demografia italiana nei primi anni del XXI secolo^[1].

Interculturale. Che mette in interazione, in relazione, a confronto più culture che si influenzano reciprocamente.

Media. In statistica la media è un singolo valore numerico che descrive sinteticamente un insieme di dati. Esistono varie tipologie di media che possono essere scelte per descrivere un fenomeno. Quelle più comunemente impiegate sono le tre medie pitagoriche (aritmetica, geometrica, e armonica). Nel linguaggio ordinario spesso viene chiamata media (intendendo implicitamente "aritmetica") ciò che correttamente si chiama valore atteso, in quanto vengono calcolati nello stesso modo, ma hanno significati teorici differenti: la media aritmetica viene applicata soltanto nella statistica descrittiva e il valore atteso nell'ambito della probabilità e delle variabili casuali in particolare.

Multiculturale. Che vede protagoniste più culture che coesistono e co – influenzano un sistema, una società, un contesto

Permesso di soggiorno. E' l'atto amministrativo con il quale lo straniero regolarmente entrato nel territorio dello Stato viene autorizzato a stabilirsi in Italia per un determinato periodo. L'articolo 5 del D.Lgs. n. 286 del 1998, dispone che lo straniero che sia entrato regolarmente in Italia deve chiedere al Questore della Provincia nella quale si trova, entro 8giorni lavorativi dall'ingresso, il permesso di soggiorno. Il pds non può essere considerato un valido documento di riconoscimento, trattandosi esclusivamente di un'autorizzazione amministrativa a risiedere regolarmente nello Stato.

Ricongiungimento familiare. E' il diritto dello straniero, legalmente residente in Italia, a essere raggiunto dai congiunti più stretti (coniuge e figli minori a carico non coniugati, genitori a carico con molte restrizioni) i quali sono anche ammessi a svolgere attività lavorativa nel nostro paese.

Bibliografia

- Ambrosini M., Molina S., (a cura di) “Seconde generazioni. Un'introduzione al futuro dell'immigrazione in Italia, Torino: Edizioni Fondazione Giovanni Agnelli.
- Bonifazi, C. “L'immigrazione straniera in Italia. Bologna, Il Mulino.
- Istat, “La presenza straniera in Italia: caratteristiche socio-demografiche”, Roma, Istat.
- Istat, “Gli stranieri in Italia: analisi dei dati censuari. 14° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni”, Roma, Istat.
- Anci e Censis, “Rapporto annuale sul sistema di protezione per richiedenti asilo erifugiati”, Roma, maggio 2007.
- Attanasio, “Le nuove leggi regionali sull'immigrazione”, in Caritas/Migrantes (a cura di), “Immigrazione. Dossier statistico 2007”, Idos, Roma.
- Carfagna, “I sommersi e i sanati. La regolarizzazione degli immigrati in Italia, in A. Colombo e G. Sciortino (a cura di), “Stranieri in Italia. Assimilati ed esclusi”, Bologna, Il Mulino.
- Caritas (a cura di), “Immigrazione. Dossier statistico 2006”, Roma, Anterem.
- Colombo e Sciortino, “Gli immigrati in Italia”, Bologna, Il Mulino.

Questionario ECM

1) L'Italia è ai primi posti in Europa per presenza di stranieri residenti?

- a) sì, siamo secondi solo alla Francia
- b) sì, dietro a Spagna e Germania
- c) no, siamo nella media europea con il 7,5%
- d) non ci sono dati a disposizione

2) I soggetti immigrati hanno diritto all'accesso ai servizi sanitari ?

- a) sì, anche i soggetti immigrati clandestinamente
- b) sì, ma solo i soggetti immigrati regolarmente e con permesso di soggiorno già in possesso o richiesto
- c) no, non hanno diritto fino all'acquisizione della cittadinanza
- d) non hanno mai diritto in quanto immigrati; necessitano di convenzioni con enti preposti

3) Quali sono gli aspetti che prevalentemente incidono sulla salute dei soggetti immigrati?

- a) le malattie endemiche dei territori di provenienza
- b) le malattie epidemiche dei territori di arrivo
- c) la suscettibilità genetica ed immunitaria che è legata ai luoghi di origine
- d) le malattie epidemiche dei territori di arrivo e la suscettibilità genetica ed immunitaria che è legata ai luoghi di origine

4) Che cos'è l' "effetto migrante sano"?

- a) è il meccanismo con cui si consente l'ingresso in un Paese accogliente solo per i soggetti che nei campi d'accoglienza risultano sani
- b) è il meccanismo di autoselezione alla partenza di soggetti giovani in condizioni di buona salute che migrano nel tentativo di trovare condizioni di miglior vita. Non è applicabile per soggetti costretti a partire in condizioni di particolare vulnerabilità provocate da guerre, persecuzioni, carestie o disastri ambientali (rifugiati, profughi, sfollati).

- c) è quel fenomeno che deriva dall'immigrazione di gruppi strutturati di soggetti giovani provenienti solo da luoghi in cui non siano registrate patologie endemiche al momento della partenza verso altri Paesi
- d) è un concetto che non esiste in letteratura

5) Qual è la Regione con la maggioranza in percentuale di stranieri?

- a) Lombardia
- b) Lazio
- c) Puglia
- d) Veneto

6) Con riferimento alla gravidanza e al parto:

- a) la gravidanza e il parto posseggono le stesse caratteristiche di svolgimento e di vissuto in tutte le culture da sempre
- b) la cultura, la tradizione, il credo religioso e le influenze famigliari incidono sulla donna durante l'esperienza della gravidanza e del parto
- c) la cultura, la tradizione, il credo religioso e le influenze famigliari incidono sulla donna durante l'esperienza della gravidanza e del parto, come esiste una ritualità anche durante e dopo l'esperienza del parto in merito all'accoglienza del nascituro
- d) esiste una ritualità anche durante e dopo l'esperienza del parto in merito all'accoglienza del nascituro

7) Di che nazionalità sono le persone che hanno ottenuto in maggioranza i permessi di soggiorno?

- a) Romania
- b) Ucraina
- c) Tunisia
- d) Albania

8) I figli di stranieri nati in Italia hanno la cittadinanza italiana?

- a) sì, automaticamente

- b) sì, se lo richiedono
- c) sì, se i genitori appartengono comunque a paesi UE
- d) no, solo al compimento del diciottesimo anno di età

9) Quale ruolo ha la famiglia per i soggetti immigrati che si trovano in stato di salute compromessa?

- a) di estremo supporto nella gestione delle situazioni patologiche
- b) sempre di ostacolo nella condivisione della cura
- c) spesso gli immigrati “di prima generazione” sono soli e non hanno con sé la famiglia, nemmeno durante l’episodio di malattia
- d) la famiglia rischia di contrarre altresì malattie dal congiunto

10) In caso di contenziosi relativi a richieste di pratiche vietate nel nostro Paese ai neonati, ma richieste dai genitori (come le mutilazioni genitali femminili, MGF) , quali provvedimenti è bene adottare:

- a) assecondare le richieste dei genitori per rispetto della cultura di provenienza
- b) negare l’effettuazione della pratica, sanzionando la richiesta
- c) invitare i genitori e i famigliari a recarsi in altri luoghi in cui quelle pratiche siano consentite
- d) informare, istruire , educare sulle motivazioni e i rischi delle pratiche richieste e proporre alternative di mediazione che conservino la simbologia della ritualità senza danneggiare l’integrità e la salute del neonato

11) La fertilità riveste un ruolo importante nelle donne del sud del mondo per la loro accettazione. Per questo motivo:

- a) può essere rifiutata la contraccezione
- b) può essere “accettata” l’interruzione di gravidanza come dimostrazione della fertilità
- c) la donna può avere un elevato (per gli italiani) numero di figli
- d) tutte le risposte indicate

12) Nel rapporto tra pediatra e neonato, occorre tenere presente:

- a) se la cultura è patriarcale o matriarcale, per orientare la presa in carico e l’accompagnamento della nuova famiglia

- b) che è la madre ad occuparsi della salute del neonato
- c) che l'assistenza al neonato-bambino si presenta con modalità identiche in tutto il mondo
- d) tutte le risposte indicate