



Università degli Studi di Padova  
Dipartimento di Medicina  
**Corso di Laurea in Infermieristica**

Tesi di Laurea

**QUANDO LE MALATTIE HANNO I COLORI:  
OPINIONI DEI TREVIGIANI SU  
MULTICULTURALITA' E SALUTE**

**Relatore: Prof.ssa Sturniolo Silvia**

**Laureanda: Basaldella Chiara**

Matricola: 1047291

Anno Accademico 2014-2015



# INDICE

## Riassunto

<b>Introduzione</b> .....	pag. 1
<b>1. Il fenomeno dell’immigrazione</b> .....	pag. 3
1.1 L’immigrazione in Italia e nel Veneto.....	pag. 3
1.2 Le malattie degli immigrati e l’effetto migrante sano.....	pag. 4
1.3 Noi e Loro. Psicologia dei gruppi.....	pag. 5
1.4 Stereotipi e pregiudizi.....	pag. 6
<b>2. Materiali e metodi</b> .....	pag. 10
2.1 Scopo dello studio.....	pag. 10
2.2 Quesiti dello studio.....	pag. 10
2.3 Metodologia d’indagine.....	pag. 11
<b>3. Presentazione dei risultati</b> .....	pag. 13
3.1 Descrizione del campione.....	pag. 13
3.2 Analisi dei risultati.....	pag. 14
3.2.1 Percezione di salute.....	pag. 14
3.2.2 Le malattie che spaventano.....	pag. 16
3.2.3 La prevenzione.....	pag. 17
3.2.4 Xenofobia.....	pag. 19
<b>4. Discussioni e conclusioni</b> .....	pag. 24
<b>Bibliografia</b> .....	pag. I



## **RIASSUNTO**

La società odierna ci espone quotidianamente alla relazione e al confronto con culture ed etnie diverse tra loro che, spesso, sono contraddistinte da una marcata differenza di abitudini ed atteggiamenti, che mixati danno origine a quella che oggi viene definita multiculturalità.

Il confronto con persone di diversa cultura e nazionalità porta, inevitabilmente, ad una categorizzazione degli atteggiamenti e delle abitudini, che spesso può risultare ingannevole e non veritiera. L'associazione delle parole malattia e immigrazione emerge spesso nella società odierna, dai titoli dei giornali, ai servizi in televisione, alle numerose riviste più o meno scientifiche, fino ad entrare a far parte del gergo comune. Il pensiero che a volte ne deriva è che una persona, solo perché proveniente da un altro paese, possa comportare un pericolo, dal punto di vista della salute, per gli altri.

Il presente elaborato prende in considerazione proprio questo aspetto; attraverso l'uso di interviste semi strutturate, rivolte a persone afferenti allo studio di un Medico di Medicina Generale di Treviso, si sono indagate le percezioni degli utenti sulla possibile associazione tra l'appartenenza ad un gruppo etnico differente da quello autoctono con la possibilità di trasmettere patologie.

Dai risultati emerge come la quasi totalità delle persone sia estremamente convinta che l'essere immigrati comporti, di fatto, l'essere potenzialmente affetto da patologie infettive dannose per la popolazione residente. Risulta, inoltre, chiaro come quasi nessuno sia in grado di addurre una motivazione logica per giustificare tali affermazioni, basate, per lo più, unicamente su convinzioni e credenze dettate da stereotipi.

Emerge, quindi, la necessità di adottare strategie informative ed educative che permettano di mettere a conoscenza la popolazione sui reali fattori di rischio di malattia e sulle metodologie di prevenzione, al fine di creare le migliori condizioni per favorire l'integrazione tra le diverse culture.



## INTRODUZIONE

Viviamo in un'epoca contraddistinta da continui cambiamenti, in una comunità sempre più frenetica, veloce e globalizzata, ma allo stesso tempo complessa, eterogenea e multiculturale. In particolar modo, la multiculturalità comporta un inevitabile confronto con esperienze, formazioni intellettuali e bagagli emozionali diversi tra di loro.

È proprio questa dissomiglianza di abitudini a generare, spesso, nell'individuo dei *bias* che possono essere distinti in stereotipo, per quanto riguarda il piano cognitivo, e in pregiudizio, per quello appartenente alla sfera affettiva. Quando l'individuo pensa ad un altro individuo tende al passaggio da un estremo ad un altro, ovvero da uno stereotipo sostanzialmente istintivo e condizionato dalla cultura in cui si è formato, a punti di vista, opinioni e convinzioni fatte proprie e controllate a livello personale. La personalizzazione del pensiero può, inevitabilmente, portare l'individuo ad una erronea interpretazione della realtà che lo circonda e ad una categorizzazione ingannevole delle situazioni di vita quotidiana a cui viene esposto.

Migrazione e malattie è un binomio che nella storia dell'umanità spesso si trova associato; il fatto che il movimento delle popolazioni nei secoli abbia contribuito alla diffusione di malattie in aree dove queste risultavano assenti è comprovato; il pensiero che queste possano essere trasmesse indifferentemente da una specifica popolazione solo perché diversa da quella autoctona è, invece, improprio in quanto frutto di credenze e supposizioni tramandate negli anni dal pensiero comune e ormai radicate nella convinzione del singolo.

Essere infermiere significa essere un professionista che cambia nel tempo, che muta in relazione alla società e alla sua richiesta e che si adatta al processo evolutivo in maniera consapevole e propositiva. Il cambiamento costante dell'ambiente in cui l'infermiere si trova ad operare implica, quindi, oltre ad un continuo e durevole aggiornamento delle conoscenze personali, un sempre costante interesse verso le variazioni del pensiero della società e del singolo individuo.

Il Decreto Ministeriale 739 del 1994, meglio conosciuto come profilo professionale dell'infermiere, descrive come quest'ultimo:

“partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività” e  
“identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi”<sup>1</sup>.

Partendo dal presupposto che la natura della professione infermieristica non si risolva, quindi, unicamente nel prendersi cura di un problema circoscritto e diagnosticato a compartimenti stagni, ma sia di più ampia visione ed applicabilità, il pensiero, l'opinione e l'influenza della collettività sul singolo individuo risultano di particolare pregnanza per l'infermiere e per il suo lavoro con la persona.

# **CAPITOLO 1.**

## **IL FENOMENO DELL'IMMIGRAZIONE**

### **1.1 L'immigrazione in Italia e nel Veneto**

Le migrazioni della popolazione rappresentano un elemento caratteristico della società e hanno determinato importanti innovazioni e cambiamenti, sia in ambito sociale che culturale.

L'Italia ha rappresentato, a partire dai primi anni '80, il valico d'ingresso ideale per molte persone straniere, sia per la sua posizione nel Mediterraneo, sia per la mancanza di materia legislativa specifica, fungendo anche da ponte per altre nazioni, come Canada e Stati Uniti d'America. Questa situazione, considerata inizialmente di sosta in attesa di spostarsi in altri paesi, ha contribuito a rendere la società italiana impreparata di fronte alla permanenza prolungata e spesso definitiva di popolazioni provenienti da paesi esteri, mettendo in evidenza come il sistema di accoglienza ed assistenza fosse inadeguato, così come il quadro legislativo<sup>2</sup>.

Rispettivamente l'articolo 32 e 3 della Costituzione italiana sanciscono che:

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti” e “Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali”<sup>3</sup>.

Avendo però la Costituzione una valenza prettamente programmatica e non attuativa, per molto tempo la tutela degli stranieri, in particolar modo in ambito sanitario, è stata regolamentata in modo frammentario, lasciando ampi margini di dibattito<sup>4</sup>.

I primi provvedimenti vennero presi a partire dalla seconda metà degli anni '90, quando le Associazioni di volontariato, non riuscendo più a far fronte ai bisogni di cure sempre crescenti della popolazione straniera, spinsero lo Stato ad emanare la Legge 40/98, concretizzatasi poi nel Decreto Legislativo 286/98, ancora oggi in vigore seppur modificato in alcune parti dalla Legge 161/2004 e dal Decreto Legislativo 7/2015. Il Decreto assicurava, seppur in maniera diversificata, l'accesso alle cure e alle strutture sanitarie. La diversificazione venne fatta in base alla regolarità o meno del soggiorno: infatti, coloro che risiedevano regolarmente venivano equiparati ai cittadini italiani, mentre chi risiedeva irregolarmente aveva diritto a cure urgenti ed essenziali<sup>5 6</sup>.

Questi fatti rappresentarono una vera e propria svolta per gli stranieri immigrati che vennero messi nella condizione di vivere integrandosi il più possibile con la popolazione autoctona, anche se, nonostante questo, la loro fragilità fu subito evidente, dimostrando che l'equiparazione dei diritti non era sufficiente a garantire l'efficacia degli interventi. L'accesso alle cure e l'uso dei servizi sanitari offerti risultano essere di grande importanza per il benessere della persona immigrata in quanto il danneggiamento del patrimonio di salute del singolo può influire negativamente sulla collettività ospitante<sup>7</sup>.

Nel panorama internazionale, l'Italia si colloca tra i grandi paesi europei di immigrazione, questa destinata a diventare un importante fattore di crescita demografica a fronte dell'imponente calo delle nascite degli ultimi anni<sup>4</sup>.

Secondo l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) le fasce d'età maggiormente presenti sono quelle da 27 a 43 anni, dato che trova conferma anche per quanto riguarda la regione Veneto e la provincia di Treviso. I dati ISTAT aggiornati al 30/07/2015 indicano sul territorio nazionale una presenza di 5.014.437 stranieri di diverse etnie a fronte dei circa 60 milioni di abitanti (8%), nel Veneto di 513.558 in una popolazione complessiva di circa 4.925.000 abitanti (10%). Le previsioni pronosticano un incremento di tali numeri nei prossimi anni, nello specifico di un ulteriore 2% entro il 2020 e 5% entro il 2025<sup>8</sup>.

## **1.2 Le malattie degli immigrati e l'effetto migrante sano**

L'Italia, alla luce del Decreto Legislativo 286/98, è la prima nazione al mondo in cui ogni uomo, senza alcuna distinzione, ha diritto alle cure mediche. I dati relativi alle schede di dimissione ospedaliera aiutano a definire la distribuzione delle patologie e dei motivi di ricovero. I dati estrapolati non evidenziano una criticità sanitaria specifica, anzi, i ricoveri con frequenza maggiore sono quelli riferiti ai traumatismi sui luoghi di lavoro, ai quali seguono malattie dell'apparato gastroenterico, del sistema circolatorio e respiratorio. La maggior parte delle malattie infettive riscontrate sono manifestazione di fragilità sociale, che spesso si esprime con conseguente difficoltà di accesso ai servizi sanitari, condizioni igieniche precarie e poca informazione per quanto riguarda la prevenzione e la limitazione della diffusione<sup>9</sup>. Risulta, quindi, chiaro che il profilo dell'immigrato coincida, nella maggior parte dei casi, a quello della popolazione autoctona anagraficamente affine, tenendo però in considerazione la fragilità sociale, presente specialmente nelle prime fasi di adattamento<sup>10</sup>. L'evidenza di patologie infettive è limitata e per la maggior parte dei casi

identica a quella della popolazione residente, mentre è del tutto occasionale il riscontro di patologie importate dal paese di origine. Una convinzione comune è infatti quella di potersi trovare di fronte a malattie esotiche o particolarmente infettive e gravi<sup>11</sup>.

La letteratura scientifica è concorde nell'affermare che i soggetti che decidono di intraprendere il cammino migratorio siano quelli più giovani e sani, i più adatti ad affrontare il viaggio e il processo di adattamento ed integrazione nella nuova cultura. Ciò da origine al fenomeno denominato “effetto migrante sano”, ovvero una selezione che precede l'emigrazione e operata, quindi, nel paese di origine. Coloro i quali decidono di partire sono consapevoli del fatto che un individuo sano e forte abbia maggiori possibilità di portare a termine il processo migratorio e, quindi, la selezione dei soggetti viene fatta già all'interno della famiglia e della comunità. A migrare solitamente sono i soggetti più giovani, che hanno un livello di istruzione buono e che nel loro paese appartengono alle classi sociali più avvantaggiate, in grado di sostenere l'onere del viaggio<sup>9 12</sup>.

Nonostante la selezione operata nel paese di origine, l'intervallo di benessere è solitamente compreso tra otto e dodici mesi, in quanto, superato l'entusiasmo iniziale, viene intaccato dai fattori di rischio presenti nel paese ospitante, quali condizioni climatiche, ambienti lavorativi, condizioni abitative poco salutari e spesso promiscue e alimentazione, tutti differenti da quelli del paese di origine. Questi fattori contribuiscono, insieme, a rendere i soggetti maggiormente esposti alle patologie depauperanti e quindi ad una diminuzione delle capacità produttive, di rendimento e di adattamento<sup>13</sup>.

La frequenza di malattie di importazione, che spesso sono diffuse nel paese dal quale si emigra, risultano essere molto limitate per diffusione e presenza nel paese ospitante in quanto vi è la sostanziale mancanza del vettore di contagio e risulta quindi ben più importante la problematica di precarietà che si trovano ad affrontare i soggetti emigrati sani dal loro paese, per evitare un deterioramento dello stato di benessere.

Ognuno di tali panorami è riconducibile ai processi di migrazione volontaria che per anni si sono instaurati nel mondo; la migrazione forzata, in caso di richiedenti asilo politico o di rifugiati di guerra, potrebbe non avere lo stesso scenario<sup>10</sup>.

### **1.3 “Noi e Loro”. Psicologia dei gruppi**

La psicologia dell'essere umano porta, inevitabilmente, quest'ultimo ad una costante categorizzazione delle situazioni di vita quotidiana a cui è esposto.

La prima distinzione che viene fatta riguarda il gruppo di appartenenza; ognuno di noi sente, infatti, la necessità di essere inserito in uno o più gruppi che rappresentano ad esempio le abitudini, il modo di pensare, l'ambito personale o lavorativo. Un gruppo sociale è quindi costituito da un certo numero di individui che interagiscono regolarmente, dando vita ad una vera e propria identità sociale; differiscono tra loro per dimensioni in quanto possono andare da associazioni familiari, a collettività molto più ampie, come quelle lavorative<sup>14</sup>.

I gruppi competono tra di loro molto più di quanto non facciano i singoli individui in quanto vi è una tendenza intrinseca a favorire il “noi” con l'effetto collaterale di svantaggiare il “loro”, considerato diverso, seppur uguale nella sua variabilità; il favoritismo per l'*ingroup* è un fenomeno ampiamente consapevole e accettato nella società odierna.

Alcuni gruppi inevitabilmente dominano su altri e per quanto i gruppi oppressi possano desiderare il contrario, sono le gerarchie stabili a regolare i meccanismi all'interno della società. Questa gerarchia porta inevitabilmente gli individui a legittimare alcune credenze, miti e ideologie a sostegno del proprio pensiero; tra queste le cognizioni più importanti sono rappresentate da stereotipi che mantengono i gruppi nelle loro relative posizioni.

Le persone identificano rapidamente il genere, la razza e l'età degli altri individui utilizzando queste categorie per classificarli; di conseguenza le persone tendono a non distinguere gli individui che rientrano in un differente gruppo, confondendo effettivamente tra loro i membri all'interno di categorie basate sul genere, sulla razza, sull'orientamento sessuale, sugli atteggiamenti, sul colore della pelle<sup>15</sup>.

La categorizzazione costituisce quindi una caratteristica imprescindibile del genere umano; diversi studi confermano inoltre che l'opportunità di mostrare discriminazione tra i gruppi aumenta la stima del singolo<sup>16</sup>.

#### **1.4 Stereotipi e pregiudizi**

Il termine stereotipo (dal greco στερεο = rigido e τύπος = impronta) indica l'insieme coerente e abbastanza rigido di credenze che un certo gruppo condivide rispetto ad un altro gruppo o ad una categoria sociale; tale immagine non è altro che una semplificazione grossolana e piuttosto rigida che la nostra mente costruisce come scorciatoia per comprendere la complessità del mondo che la circonda. Questo processo di

semplificazione e il suo esito non dipendono da una decisione individuale, ma da modalità stabilite dal gruppo del quale il singolo fa parte.

Il termine pregiudizio, invece, etimologicamente si riferisce ad un giudizio precedente all'esperienza e quindi formulato in assenza di dati sufficienti e potenzialmente improprio. Spesso questi concetti vengono associati al più complesso etnocentrismo, ovvero quella tendenza a giudicare le altre culture e ad interpretarle in base ai criteri stabiliti dalla propria. Questa tendenza porta, quindi, ad una prospettiva secondo cui tutte le società vengono collocate lungo una scala evolutiva in cui le società occidentali, più modernizzate e sviluppate, occupano il gradino più alto, mentre le società considerate "primitive" e sottosviluppate occupano quello più basso, in quanto ancora non hanno attraversato processi evolutivi che possano eguagliarle alle altre.

Il razzismo come movimento organizzato è un fenomeno recente, diffusosi inizialmente nel continente europeo; esso esaspera le differenze attribuendo, senza alcun fondamento, caratteristiche ereditarie di personalità, o comportamento ad individui con una particolare caratteristica fisica, supponendo un'origine biologica.

Nonostante oggi il razzismo sia ampiamente criticato e disapprovato è altrettanto vero che forme di razzismo operano pressoché ovunque nel mondo, trovando prevalentemente espressione nel vissuto di tutti i giorni; la tendenza è quella di difendere e preservare la propria cultura dal processo di omogeneizzazione, cercando di ostacolare la multiculturalità e l'integrazione allo scopo di proteggersi<sup>15</sup>.

Nella storia del mondo le migrazioni non sono mai state prive di implicazioni e di costi; i fenomeni migratori, infatti, comportano uno sforzo che coinvolge sia il migrante, che deve riuscire ad integrarsi e a vivere in un contesto straniero e molto spesso ostile, sia l'ospitante, che deve rapportarsi con culture e tradizioni molto differenti dalla propria ed accettarle.

L'immigrato spesso viene definito dalla popolazione del paese di approdo come qualcuno che occupa uno spazio; non si tratta però di spazio prettamente fisico, anzi spesso l'immigrato finisce per essere considerato come colui che sottrae risorse ed utilizza qualcosa che non gli spetta di diritto<sup>4</sup>.

La vulnerabilità del soggetto che emigra può essere, quindi, influenzata dai fattori legati all'emarginazione e alla stigmatizzazione. Molti fattori contribuiscono a tutto ciò, a partire dalle differenze nell'aspetto, ad esempio l'indossare vestiti tradizionali, alle pratiche

religiose e culturali, le barriere linguistiche e il colore della pelle. Questi processi di stigmatizzazione ed emarginazione possono rendere gli immigrati riluttanti ad accedere alle risorse e ai servizi offerti dal paese ospitante, per la paura di essere trattati diversamente e di essere giudicati<sup>17 18</sup>.

Durante le epidemie più recenti gli immigrati sono stati sempre stigmatizzati come portatori di malattie che possono danneggiare la popolazione che li ospita<sup>19</sup>. Nonostante non si possa non ricordare come il movimento delle popolazioni abbia accompagnato la trasmissione di alcune malattie, tutto ciò non può essere usato come giustificazione per paure e pregiudizi sugli immigrati come rischio per la salute della popolazione ospitante. Queste affermazioni sono giustificate sia dal fatto che oggi vi sono le conoscenze ed i mezzi necessari ad affrontare le più svariate situazioni cliniche, dal punto di vista della cura e della prevenzione, sia perché è ormai consolidato il fatto che l'immigrato che decide consapevolmente di lasciare il proprio paese per stabilirsi altrove abbia un patrimonio di salute pressoché intatto. L'interesse nel conoscere il profilo di salute dell'immigrato non dovrebbe alimentare paure o pregiudizi, bensì convincere la popolazione autoctona che il favorire l'accesso ai servizi sanitari porti ad una garanzia della loro salute nel tempo<sup>9</sup>.

Un'indagine del 2010 effettuata dall'Associazione Volontaria di Assistenza Socio-Sanitaria e per i Diritti di Cittadini Stranieri, Rom e Sinti (NAGA), associazione di volontari per i diritti degli immigrati e centro di ascolto e accoglienza, smentisce ulteriormente il pregiudizio che gli immigrati possano essere portatori di malattie infettive importate dai paesi di origine. Condotto su un campione tra i 18 e i 50 anni, lo studio ha indagato la prevalenza di malattie tra gli immigrati nelle diverse aree specialistiche; dai risultati è emerso che i pazienti, aventi un'età media di 35 anni, sono affetti prevalentemente da malattie ginecologiche, dell'apparato genito-urinario, cardiovascolari ed endocrine in egual misura, per incidenza, alla popolazione italiana. L'idea di svolgere un'indagine di questa tipologia è nata dalle richieste pervenute all'associazione e dai dubbi espressi ai medici del centro<sup>20</sup>.

Molte malattie hanno avuto, nel corso dei secoli, forti impatti sulla società, sia per la paura del contagio, sia per la loro mortalità; tra queste si ricordano colera, peste, lebbra, tubercolosi, influenza aviaria, HIV ed ebola, per citare degli esempi. Alcune di queste patologie sono state, negli anni, maggiormente stigmatizzate rispetto ad altre, specialmente per le credenze riguardo i metodi di trasmissione e le persone colpite. L'HIV è stata per

anni additata come una malattia tipica del mondo omosessuale, o comunque propria di chi conduceva una vita a rischio e senza controllo; questa stigmatizzazione ha portato all'isolamento dei soggetti considerati a rischio, oltre che a violenza psicologica e ad un peggioramento della qualità della vita, senza portare di fatto, per anni, ad una integrazione e soprattutto ad una presa in carico coscienziosa, propositiva e di inserimento. La stigmatizzazione infatti scredita la persona nella sua interezza e ne consegue un rifiuto da parte della società nell'accettazione dell'individuo, che tende a chiudersi in se stesso e ad isolarsi dal resto della comunità.

Anche le più recenti epidemie di ebola hanno portato ad una importante stigmatizzazione della popolazione africana, specialmente se in condizioni di povertà ed immigrata dai paesi colpiti nel corso degli anni<sup>21</sup>. Una "normale" paura di fronte ad una patologia per molti appartenente al passato e lontana dal mondo considerato civilizzato, ha portato le persone a cercare di proteggersi in ogni modo, a discapito di coloro i quali vengono additati come contagiosi. Numerosi sono i casi, dagli Stati Uniti d'America, alla Gran Bretagna, all'Italia, di persone isolate e screditate per il colore della loro pelle o per la loro provenienza, tanto da arrivare ad escludere dalla frequenza scolastica bambini provenienti dai paesi africani colpiti dalla malattia, nonostante gli anni di vita trascorsi lontano da questi<sup>22</sup>.

## **CAPITOLO 2.**

### **MATERIALI E METODI**

#### **2.1 Scopo dello studio**

L'ideazione di questo lavoro nasce dalla curiosità e necessità di comprendere l'effetto della multiculturalità, rapportata alla salute e alla malattia, sulla persona e sulla collettività. Gli obiettivi specifici sono stati, quindi, quelli di:

- comprendere come il vissuto personale di ognuno influenzi la propria percezione di salute e malattia;
- indagare la possibile convinzione della popolazione autoctona, che persone appartenenti a diversi gruppi etnici possano essere un più facile veicolo di trasmissione di malattie, indipendentemente dal loro vissuto, provenienza, storia personale e stato di salute;
- sondare il livello di conoscenza della popolazione dei metodi di prevenzione per limitare la diffusione e trasmissione delle malattie.

La finalità che ci si è posti attraverso questa indagine è la possibilità di riflettere su una problematica sociale in costante crescita negli ultimi anni e di utilizzare gli elementi scaturenti come spunto per riflessioni e considerazioni professionali in merito alla sensibilizzazione della popolazione.

#### **2.2 Quesiti dello studio**

I quesiti che hanno guidato la raccolta dati sono stati:

- Che percezione hanno le persone della propria salute?
- Quali sono le malattie da cui le persone sono maggiormente spaventate?
- Il ricordo delle malattie del passato è ancora presente e sentito?
- Che opinione hanno le persone delle malattie dei nostri giorni?
- Esiste la convinzione che persone di altri gruppi etnici possano contribuire alla trasmissione e diffusione delle malattie?
- Le persone conoscono i metodi di prevenzione e le misure da adottare per limitare la diffusione di una malattia?

### **2.3 Metodologia d'indagine**

L'indagine è stata realizzata tramite ricerca di tipo qualitativo presso uno Studio associato di Medici di Medicina Generale della città di Treviso.

La raccolta dati è stata effettuata nei mesi di giugno e luglio 2015, in giornate concordate direttamente con la segreteria dello studio medico, in una stanza separata per garantire la privacy degli intervistati.

Un mese prima dell'inizio della raccolta dati sono state affisse in bacheca delle informative, per l'utenza, illustranti le modalità di raccolta dati e il tema generale della ricerca.

Il campione è stato selezionato su base volontaria tra l'utenza afferente all'ambulatorio nei giorni prestabiliti per la raccolta dati, senza limitazione di numero e senza distinzione di genere, età (ad eccezione dei criteri di esclusione), razza o estrazione sociale.

I criteri di inclusione sono stati:

- età superiore ai 18 anni;
- comprensione della lingua italiana parlata;
- espressione del consenso all'intervista, in seguito alla lettura dell'informativa e della presentazione dello studio, e alla registrazione della stessa ai fini dell'analisi dei risultati.

Per la raccolta dati si è ricorso ad un'intervista semi strutturata attraverso l'utilizzo di domande guida (Tabella I) che permettessero all'individuo di esprimersi liberamente, e al ricercatore di adattare le domande in relazione al singolo caso.

Le domande selezionate sono state utilizzate per sollecitare il ragionamento dell'intervistato, in relazione alle varie aree che ci si prefiggeva di indagare, lasciando libera la persona di parlare e di esprimersi e, vista la natura dello studio, senza indirizzare o influenzare in alcun modo la risposta.

Per evitare condizionamenti nelle risposte e scongiurare risposte falsate da parte dell'intervistato al fine di non sentirsi giudicato, l'obiettivo specifico inerente alla possibile presenza di convinzioni deviate è stato condotto in cieco. Lo studio veniva semplicemente presentato come una ricerca sulla personale percezione generale di salute. Durante le interviste sono state, a tal finalità, omesse tutte le parole che potessero influenzare in qualche modo le risposte dei partecipanti come ad esempio “razzismo”, “pregiudizio”, “stigma”.

Le interviste sono state audio-registrate e integralmente trascritte, in un secondo momento, rispettando fedelmente le parole dell'intervistato, senza omissioni di eventuali errori sintattici e senza modificare in alcun modo l'espressione della persona. Le registrazioni raccolte sono state trattate esclusivamente dall'intervistatore e le interviste non compaiono allegate in forma originale per garantire l'anonimato e la privacy della persona.

Tutti i passaggi della ricerca sono stati gestiti in forma anonima, nel rispetto delle linee guida etiche internazionali (*International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*)<sup>23</sup>.

La traccia per le interviste viene di seguito presentata con la definizione degli obiettivi rispetto ai quesiti.

**Tabella I:** Domande utilizzate come traccia di intervista

Quesito	Obiettivo
Cosa pensa se Le dico la parola salute?	L'obiettivo dei quesiti è quello di stimolare la persona a ragionare sulla propria percezione per quanto riguarda il tema della salute ed analizzare in maniera consapevole l'aspetto legato ad alcune malattie specifiche o ad alcune situazioni
Cosa ne pensa di queste nuove malattie?	
Ha mai sentito parlare negli ultimi tempi di recrudescenze di malattie? (TBC, vaiolo)	
Cosa ne pensa degli attuali casi di ebola?	
Ha paura delle malattie?	L'obiettivo è quello di indagare le opinioni delle persone per quanto riguarda la paura delle malattie, gli aspetti che ne facilitano la diffusione e i principali metodi di prevenzione
Quali sono le malattie che le fanno più paura?	
Ritiene che ci siano aspetti o variabili che facilitano la diffusione di malattie?	
Cosa ritiene possa essere utile nel limitare la diffusione di malattie?	
Ci sono situazioni nella vita quotidiana che la espongono maggiormente alla possibilità di “prendere” una malattia?	
Ha mai considerato di proteggersi/prevenire le malattie? Se sì come?	

## CAPITOLO 3.

### PRESENTAZIONE DEI RISULTATI

#### 3.1 Descrizione del campione

Il campione selezionato consta di 37 persone arruolate allo studio su una potenzialità complessiva di 81 persone afferenti all'ambulatorio per le visite nelle giornate dedicate alla raccolta dati, con una partecipazione complessiva del 46%.

Come si evince dalla tabella, riportata di seguito, il campione è costituito principalmente da individui di genere femminile (62%), di età compresa tra i 56 e i 70 anni (57%), con almeno un figlio (87%) e in quiescenza lavorativa (41%).

Gli intervistati sono tutti di nazionalità italiana e residenti nel comune di Treviso.

**Tabella II:** rappresentazione del campione suddiviso in gruppi per variabili

Variabile	N=37 (46%)
Genere	
Maschile	14 (38%)
Femminile	23 (62%)
Età	
25 – 40 anni	5 (13%)
41 – 55 anni	1 (3%)
56 – 70 anni	21 (57%)
71 – 85 anni	7 (19%)
> 85 anni	3 (8%)
Professione	
Pubblico impiego	3 (8%)
Casalinga	6 (16%)
Pensionato/a	15 (41%)
Libera professione	5 (13%)
Impiegati	8 (22%)
Figli	
Si	32 (87%)
No	5 (13%)

### 3.2 Analisi dei risultati

A seguito della trascrizione delle interviste sono stati identificati quattro temi comuni emersi durante i colloqui individuali quali: Percezione di salute, Malattie che spaventano, Prevenzione e Xenofobia. L'analisi dei risultati, per ognuna delle quattro categorie, è stata fatta identificando delle parole chiave comuni e/o che si ripetevano nelle singole interviste

- **Percezione di salute:** vengono espone le opinioni degli intervistati sul tema della salute, sul significato ed importanza attribuiti a questa variabile.
- **Le malattie che spaventano:** viene presentato il rapporto della persona con le malattie in generale e con quelle maggiormente temute, anche attraverso il racconto di vissuti personali.
- **La prevenzione:** vengono descritte le conoscenze e le attività messe in atto dagli intervistati nell'ambito della prevenzione delle malattie e delle norme da adottare per limitarne la diffusione.
- **Xenofobia:** viene messa in evidenza la percezione della malattia in relazione ad un gruppo etnico diverso dal proprio e alla paura che la diversità possa influire sulla trasmissione e diffusione. Quest'ultimo è il punto cardine su cui è ruotata l'ipotesi dello studio.

#### 3.2.1 Percezione di salute

Nonostante le numerose disponibili, da quella dell'OMS, a quella della Costituzione italiana, della Carta di Ottawa e del vocabolario, non esiste una versione univoca del concetto di salute; l'interpretazione è, infatti, soggettiva e diversi fattori possono influenzarla.

Il campione di persone intervistate è unanime nell'affermare che la salute sia di fondamentale importanza nella vita di una persona, bene inestimabile, a cui non tutti possono aspirare.

*“Eeee la salute è importante, il campo primo. Il campo primo”*

*“Oh Dio beh, penso sia la cosa più importante di tutte, fondamentale nella vita di una persona, tutto il resto è niente”*

*“Oddio, penso che è una cosa più importante della nostra vita”*

*“La salute, oddio, tutto vuol dire la salute, tutto, tutto”*

*“Eh, la salute è una cosa importante, è una cosa importantissima. Meglio di tutto è la salute, meglio dei soldi, se non hai la salute non puoi vivere serenamente e tranquillo”*

Per alcuni la salute, unita agli affetti, è ciò che porta felicità e gioia nella vita e per questo deve essere preservata e valorizzata.

*“La salute è la prima cosa, quello che ci rende felici insieme agli affetti”*

*“Cosa ne penso della salute? Diciamo che vorrei darle la priorità nella vita (lunga pausa, si commuove), ma anche pareggio con gli affetti. A volte è meglio avere più affetti e stare un poco diroccati, piuttosto che stare benissimo e non averne. (resta in silenzio) Penso che sia la cosa più importante (sorride e mi guarda negli occhi restando in silenzio)”*

*“Salute, salute...salute è stare bene, sentirsi bene, tenersi sempre bene per tutte le cose, mangiare bene, fare i controlli. Secondo me è anche stare bene con la testa ed essere soddisfatti con gli affetti. Penso sia un insieme grande di cose no? Forse i giovani di oggi non ci danno peso però è importante, te ne accorgi quando diventi anziano”*

Alcuni intervistati vedono nella salute il contrario della malattia e quindi vita e benessere, che si possono ottenere conoscendosi e prendendosi cura di se stessi con disciplina e attenzione.

*“Bisogna vivere con una certa disciplina, anche usare il proprio corpo con una certa disciplina. Bisogna vivere disciplinatamente, è la cosa primaria per avere una buona salute ecco”*

*“Mantenere una vita sana, penso sia questo molto importante. E non sempre lo puoi fare molto, tra lavoro, impegni, orari fissi, sei molto stanco”*

*“È una cosa molto importante perché bisogna essere accorti insomma. Formarsi, aggiornarsi, cercare di capire quello che può essere...quello che bisogna fare per mantenersi bene negli anni”*

*“Eh, la parola salute è il contrario di malattia. Quindi la salute vuol dire star bene e la malattia vuol dire star male. È sbagliato? Le cose generali insomma. E quindi la salute vuol dire bello, la malattia vuol dire brutto”*

*“Mmmmm...la salute è vita ed è stare bene, tenersi sempre controllati e non avere le piccole cose dell'età”*

*“Benessere, salute penso a...da una parte salute come benessere fisico e psichico e poi penso anche, nel caso in cui ci siano malattie, attenzione e cura, attenzione nel senso di attenzione alla relazione e cura nel senso di offrire supporto e sostegno”*

E' possibile quindi individuare delle classi interpretative dall'analisi dei risultati ottenuti, quali:

- Definizione di salute
- Rilevanza della salute

### 3.2.2 Le malattie che spaventano

La percezione che le persone hanno della malattia è, nella maggioranza dei casi, influenzata dalla presenza o meno di patologie personali. Le persone, infatti, tendono a temere le patologie dalle quali sono affette in prima persona: questo limita il prendere in considerazione altre patologie, più o meno dannose.

Una delle malattie ritenute più spaventose sono le neoplasie, viste come qualcosa da cui non si può fuggire e rispetto alle quali, spesso, non una cura. L'aver avuto casi di neoplasie in famiglia, o nella cerchia di conoscenza, influenza ulteriormente il pensiero e rende la paura più reale.

*“Il classico tumore, quello proprio è una morte annunciata e penso che sapere che devi morire non sia proprio il massimo. Per carità, potremmo morire anche adesso (fa le corna), però sì, se ti dicono hai tre mesi di tempo non so quanto belli siano quei tre mesi no?”*

*“Beh, le neoplasie...devo aggiungere altro? Perché non mi sembra ci sia molto da aggiungere. Sembra ci sia un'epidemia in giro, tutti intorno, un sacco di persone che conosco per cui questa è la sensazione. Che ci sia una diffusione tale che un po' tutti ne risentono”*

*“Il tumore. Quello che spaventa di più. Ce l'hanno tantissime persone purtroppo. Io spero di non averlo mai, è quello che sperano tutti”*

*“Eh sì, il cancro. Quello sì mi spaventa. Questo proprio guarda, non voglio neanche nominarlo. Quando lo vedo nei programmi prendo il telecomando e cambio. Quello mi spaventa”*

*“Il tumore mi spaventa molto. È una brutta cosa e non c'è quasi mai scampo o no? Almeno questo è quello che si dice, poi magari si spera che non sia così”*

La vecchiaia, non di per sé una patologia, quanto un fisiologico scorrere del tempo, viene citata da molti come situazione da temere, principalmente per le complicanze potenziali che ne derivano. Le demenze sono considerate come una perdita di sé stessi, della propria vita e dei propri affetti. Correlata principalmente a vecchiaia e demenze vi è, infine, la paura di pesare sui familiari e di condizionarli nelle loro scelte di vita.

*“Diciamo di sì dai, sono spaventato più che altro dal fatto di pesare su qualcuno perché non posso più fare le cose da solo e ho bisogno degli altri per tutto. Quindi questo insomma, dare fastidio e quindi penso essere vecchi”*

*“Malattie, oddio...la vecchiaia più di tutto (ride)...perché sai, è una lotta interiore tra te e il tuo fisico insomma...è qualcosa di interiore. Si sa, più si invecchia più magagne ti escono, si spera sempre che siano magagne superficiali, che non siano tumori, per dirti o malattie*

*ancora più gravi, per dirti, tipo la demenza”*

*“La demenza, il non capire più le cose e diventare rintronato come una campana”*

*“Eh si cara, la demenza mi spaventa tanto. Ho visto mia mamma che era così ed è stato bruttissimo, nemmeno mi riconosceva. Non vorrei mai arrivare a essere così, che non riconosco le persone a cui voglio bene. (resta in silenzio)”*

*“Le malattie della mente, non lo so, la depressione, la demenza. Queste cose qua in cui tu non sei più tu insomma. Forse mi spaventano più del tumore perché qui hai problemi proprio con te stesso all'interno”*

*“La demenza. Ho paura di dimenticare le cose a cui tengo e di perdere tutti i miei ricordi che sono la cosa più preziosa che ho con gli affetti”*

Un ristretto campione di persone, infine, si definisce non spaventato da alcuna malattia, facendo appello al fatalismo e all'impossibilità di fuggire al proprio destino.

*“Nessuna. No perché se c'è la cura ok, se non c'è sai che non puoi fare niente. Neanche il tumore mi fa paura”*

*“No, sinceramente no, perché dico quello che viene viene e dobbiamo accettare tutto”*

Le classi interpretative individuate sono:

- Malattie personali
- Incurabilità delle neoplasie
- Perdita di sé stessi

### **3.2.3 La prevenzione**

Per quanto riguarda le domande poste agli intervistati sui metodi per prevenire e limitare la diffusione di una malattia, le risposte sono state molto variabili.

Una parte degli intervistati considera l'igiene un fattore determinante per una prevenzione efficace, dal lavaggio delle mani, alla pulizia degli ambienti.

*“Lavarsi. E no così tanto per fare come fanno adesso i ragazzi. Grattare bene con la spugna lo sporco”*

*“La cosa principale è la pulizia personale, quindi mantenere tutta una serie di...per esempio io ogni volta che torno a casa mi lavo le mani e credo che sia una cosa, si insomma è una cosa semplice. La pulizia personale”*

*“Mmmm direi la pulizia e l'igiene personale. Sono uno dei pochi che si lava le mani a tutti i pasti. Vedo quando la gente viene a casa mia a mangiare, non ce n'è uno che si lava le mani. E se glielo dico mi dicono “me le sono lavate prima di venire qua” eh ho capito però hai guidato, toccato altre cose”*

*“Prima di tutto lavarsi le mani e stare attenti all'igiene. Questa è di sicuro la cosa fondamentale. Lavare sempre le mani”*

Anche mantenere dei corretti stili di vita, essere informati ed effettuare controlli regolari dal medico vengono indicati come importanti per prevenire l'insorgenza di patologie.

*“Per prevenire la migliore soluzione è quella di mantenere un buon comportamento di vita...e il cibo che possa essere sano, che purtroppo oggi giorno non lo è più”*

*“Cercare di mantenere una vita sana sotto tutti gli aspetti, comportarsi bene e curarsi. E stare attenti, sempre”*

*“Fare controlli sempre, tutti quelli che il medico ti dice di fare”*

*“Io sono del parere che l'educazione sia la cosa principale che ci rende capaci di riconoscere situazioni a rischio o che potrebbero, si insomma, portarci qualcosa”*

*“Io sinceramente sono del parere che da una certa età in poi sarebbe da fare un check-up annuo a tutto e questa può essere un tipo di prevenzione [...] Prevenzione quindi sì, tenersi controllati. Una cavolata, io sono stato donatore di sangue per trent'anni. Grazie agli esami mi hanno trovato che avevo problemi alla prostata”*

Alla domanda su quali ritengono siano i fattori determinanti nella prevenzione e diffusione delle malattie, un buon numero di persone risponde che la presenza sul territorio di altri gruppi etnici può essere determinante.

*“Il più efficace? Rispedirli a casa loro. Che se ne vadano, così staremo meglio tutti”*

*“[...] Tra chi entra, chi esce, immigrati, donnine un po' così. Qua è la sporcizia. È da eliminare”*

*“Essere puliti, cosa che purtroppo la maggior parte delle popolazioni non è. Tanti non sanno nemmeno cosa sia il pulito. Vivono in condizioni tremende”*

*“Lavarsi mi verrebbe da dire, sia quando si viene a contatto sia in generale prima di fare delle cose dove bisogna essere puliti. Ma non è che ora ci buttiamo nella vasca da bagno ogni ora perché siamo circondati, bisogna fare qualcosa di più deciso”*

*“Che ognuno se ne stesse a casa propria invece di venire qua a prendere lavoro, soldi e a portare solo guai e far stare male noi che prima stavamo tanto bene”*

Le classi interpretative individuate per questo tema sono:

- Igiene e pulizia
- Stile di vita regolare
- Malattie degli “altri”

### 3.2.4 Xenofobia

Come illustrato nel capitolo 2, per evitare condizionamenti nelle risposte e scongiurare risposte falsate, l'obiettivo specifico dello studio è stato condotto in cieco. La ricerca è stata, appunto, presentata con l'obiettivo di indagare la personale percezione del concetto di salute. Gli intervistati, stimolati con domande inerenti alla recrudescenza di malattie, anche quelle maggiormente attuali, sono pressoché unanimi nell'affermare che vi sia una netta correlazione tra la presenza di un individuo di altro gruppo etnico e il rischio di contrazione di una malattia.

Il messaggio che costantemente passa tra l'opinione pubblica è quello di una "pericolosità sanitaria" dell'immigrato, in particolare di chi sbarca, un "untore" da cui difenderci e da bonificare: è evidente che il tema infettivologico, pur riconoscendo alcune situazioni particolari, non è il principale problema del fenomeno migratorio, anzi ci può "distrarre" da una reale attenzione all'accoglienza e alla tutela della salute in senso globale

*"Anche queste malattie che si sentono adesso. Non so, non è che noi italiani siamo tanto umani però, con tutti quelli che arrivano, portano tante malattie, son convinta che qualcosa gli faranno, però non basta forse. Io non sono razzista però basta, basta. [...] vengono qua e cos'è che trovano? Non c'è niente nemmeno per noi. E cosa fanno? Vanno a rubare? Ma è logico, è una cosa normale. Però mi spaventano tutte le malattie che portano, portano anche altre cose. Tipo non so, i pidocchi. Ad esempio mia nipote a scuola li ha presi. Ma non è la sporcizia, perché ho chiesto, anche al medico, non è la sporcizia, è una cosa che loro portano, poi è nell'aria e ci sono quelli che la prendono e altri non la prendono. [...] Mia nipote ha sei anni. Le dico sempre "lavati le mani" perché là ci sono tutti extracomunitari che portano cose. Io le do sempre le salviette umide però non è che posso dirle stai lontana perché è una cosa brutta. Però magari quando lo tocchi, le dico, pulisciti le mani, io ho sempre dietro...(cerca nella borsa) questo per pulirmi le mani (igienizzante in gel)[...] è un disastro, sono proprio spaventata da queste cose che vengono, che si sentono e che si vedono, perché si vedono [...] quanti anni è che vengono qua? Una volta arrivava qualche barcone, ma adesso? Adesso ne arrivano 2700 al giorno, è ora di finirla, non è giusto"*

*"Ho sentito in televisione di persone tornate dall'Africa che hanno manifestato delle malattie. Si cerca di non prenderle insomma, di evitare il contatto con queste persone che magari viaggiano e vanno in quei paesi o che arrivano da lì. Io e mia moglie, nella nostra cerchia, non abbiamo nessuno che frequenta quei posti o che conosce gente straniera che potrebbe portare qualche malattia [...] La prima cosa da fare è lavare le mani. Non sai mai, tocchi di qua, tocchi di là. Ascensori, corrimano, meglio stare attenti, non sai chi ci è stato*

*prima di te. [...] Se ci pensa lo toccano tutti, anziani, stranieri, donne, uomini, chissà cosa ci puoi trovare anche se non vedi”*

*“Guardi, io non sono razzista. Quando mi suonano il campanello a chiedere, che ho la processione, di neri, di di di, di grigi, di marrone (ride) io quello che ho do a tutti però vengono anche ammalati. E penso che certi, se non si accorgono quando arrivano, portano in giro. Perché il nostro sistema mi sembra abbastanza bene”*

*“Ehhhh...penso siano dovute a questa invasione di extracomunitari. Magari anche malattie scomparse da tempo, che le portano qua”*

*“Popolazioni che magari sono igienicamente o magari hanno contatti con qualcosa che noi non abbiamo più contatto. Noi siamo molto più esposti di altre persone. Diciamo che se si vuole essere sinceri bisogna stare attenti a quello che si fa, a chi si tocca e a dove si tocca. Perché non è che le prendi nel tuo giardino di casa queste cose. Te le passa qualcuno di loro, qualche straniero che la porta e la diffonde. Quindi questo faccio, sto attento alle persone con cui sto e se posso evitare evito così mi tolgo il pensiero”*

*“Anche queste malattie nuove che ci sono adesso. Dico nuove perché qui da noi, noi non le avevamo prima, prima degli immigrati e di tutta questa gente che arriva da chissà dove. Non so davvero cosa pensare, forse...no, non lo so. Non so dire se siamo noi che non sappiamo renderci conto che alcune cose, alcune persone...anche altro, alcune situazioni, che ne so, sono da evitare...oppure non lo so se sono proprio loro che portano in giro ovunque vanno. Ma che siano più malati di noi è risaputo da tutti e mi spaventa, mi spaventa sì”*

*“Perché da noi non c'è la sporcizia, non ci sono queste cose qui. Loro non hanno limiti, si infilano da tutte le parti e sporcano. Quindi io sto attenta e sto lontana se posso. Anche se non hanno niente però non mi fido, non voglio prendere niente”*

*“Ma che poi, ora che ci penso, una volta mica avevamo tutti questi problemi qua. Sì, c'era la povertà e avevamo meno però stavamo bene. Ora che arriva tutta questa gente, è da quel momento che sono iniziati i problemi per noi. Sì, per carità, anche noi siamo andati in America quando c'era la guerra però ci controllavano e non abbiamo portato niente di malattia. Loro invece sì, le portano e le passano a noi. Quindi non lo so, forse se stessimo lontani sarebbe meglio, così ti togli il pensiero una volta per tutte e sei sicuro di non prendere niente. Io personalmente non ho conoscenze tra questa gente, se le avessi starei molto attento però, diciamo così”*

*“Anche queste malattie che provengono dall'Africa alla fine mi fanno paura. Che non capisco come vengano alla fine, le portano questi stranieri che alla fine sono meno, come dire, civilizzati di noi, anche meno puliti. E quindi poi vengono qui e noi siamo comunque a rischio di contrarre queste cose. Ecco, se devo scegliere magari cerco di evitare queste*

*persone. Non penso tanto per me quanto per figli, nipoti”*

*“Sì, con tutti gli extracomunitari che sono arrivati sicuramente c'è meno controllo e si ha paura di questo perché si sa che sono loro che portano di tutto e di più, perché magari non so...non so, non conoscono le norme igieniche, arrivano già malati. Poi una volta qui mica stai tanto a prenderti qualcosa se stai a contatto”*

*“Non è che puoi proteggerti in chissà quale modo. Con questo non voglio essere cattiva verso gli stranieri, io non sono razzista, però ecco, non penso di dire una cosa così sbagliata dicendo che sono loro che portano e trasmettono. Non dico di non starci vicino, perché non è che non si può più vivere, però di stare attenti sì”*

*“Sì, questo, il migrare, andare in giro e spostarsi in un nuovo paese. Con la differenza che c'è modo e modo per farlo. Mi spiego. Posso anche spostarmi ed essere sana, ma io so di esserlo. La gente che viene qui sa di essere malata quindi è ovvio che siamo noi poi a rimmetterci mentre loro vengono curati a spese nostre”*

*“E chi non è a rischio scusa? Con tutta questa gente dall'Africa che va in giro a portare qualunque cosa. Tutti siamo a rischio, tutti...tutti nessuno escluso. Bisogna stare attenti tesoro e stare alla larga da queste persone. Io non sono razzista però che loro siano non tutti magari, ma il 95% malati è risaputo”*

*“Penso che non sia tutta farina del nostro sacco, che ci sia gente che viene e che va e che porta qua, e porta qua, e porta qua. Non so dove andremo a finire se non iniziamo a proteggerci da queste persone”*

*“Perché portate da questi stranieri che non se ne stanno a casa loro e vengono a prendersi tutto quello che è nostro. Anche la salute ormai. Anche la tubercolosi era anni che non c'era, perché è tornata, perché ci hanno infettato loro. Marocchini, tunisini, algerini, questa gente qua che se ne frega e pensa solo a combinare guai. [...]Rispedirli a casa loro. Che se ne vadano, così staremo meglio tutti”*

*“Penso che si sa da dove arrivano no? Dall'Africa soprattutto. Questi popoli disagiati, non hanno niente, non hanno modo di curarsi e di stare bene, di stare puliti e senza malattie. Quindi partono e vengono qui malati perché sperano di essere curati, ma non si rendono conto che trasmettono a noi quello che portano. E così siamo invasati, influenze, pidocchi, appunto queste altre malattie. Prima mica ne avevamo di queste cose, adesso dobbiamo conviverci”*

Alcuni intervistati riferiscono un senso di abbandono da parte delle istituzioni e dei paesi europei.

*“Sarò franco, sono troppi, non riusciamo, anzi, non riescono loro a gestirli. È una cosa ormai fuori portata secondo me. L'Europa anche ci ha abbandonato, perché mettere uno*

*sbarramento nell'Adriatico non so, magari potrebbe aiutare, ma dove vanno poi?"*

*"Per quanto riguarda altre malattie, può venirmi in mente l'ebola o la tubercolosi, che ritornano un po' dal passato secondo me ci sono pochi controlli in entrata tipo quando, non so, tutte queste frontiere aperte, immigrazione eccetera, dovrebbero esserci più controlli a monte, in modo che magari malattie che qui erano rare e che magari in altri paesi erano più frequenti, evitassero di contaminare insomma"*

Ragionamenti più critici portano invece alla consapevolezza che il fenomeno non sia solo proprio di questi ultimi anni, ma il migrare dei popoli negli anni, indipendentemente dalla provenienza, abbia naturalmente portato all'esportazione di malattie in luoghi in cui esse non erano presenti.

*"Sto leggendo adesso un bellissimo libro di questo scrittore cileno che diceva che ha ucciso di più l'uomo bianco senza portare armi chimiche gli Indios della Patagonia e della Terra del Sud con un semplice raffreddore. Perché loro vivevano in un mondo puro e perfetto che anche il minimo cambiamento dall'esterno faceva crollare tutto. E così alla fine è pure per noi, hanno voluto che il mondo si globalizzasse, adesso dobbiamo subirci e tenerci questa metamorfosi"*

Alcuni intervistati si definiscono invece non preoccupati da questo fenomeno che considerano naturale, aggiungendo che la globalizzazione porta ad un arricchimento dei popoli e che con un attento monitoraggio e controllo il problema, se esiste, può essere arginato.

*"Voglio dire, quelle infettive. Io credo che siano, non mi spaventano perché le condizioni che abbiamo di tipo sociale, igienico, sono tali per cui per noi non presumo che ci sia un rischio di epidemie voglio dire e anche presumo molto che gli stessi stranieri una volta che arrivano qua, voglio dire, se avessero, se hanno un'accoglienza igienicamente e socialmente buona, voglio dire, non sono cose che spaventano la civiltà occidentale ecco insomma. Sono cose che abbiamo superato e poi è chiaro che se c'è un peggioramento dal punto di vista generale delle condizioni ambientali eccetera c'è un discorso di clima che si sta modificandosi, ecco questo potrebbe magari essere un fattore di rischio perché voglio dire, caldo umido e queste cose qua. Però io...si...non mi pare che ci sia...si voglio dire per altro abbiamo anche dal punto di vista della farmaceutica...che ci siano delle barriere efficaci"*

*"Eh li bisogna fare un po' i conti con questa globalizzazione che porta tanti aspetti positivi, ma porta anche questo. Si insomma io credo che, io ho fiducia nella ricerca, o fiducia nelle nuove terapie che si trovano. Però voglio dire non è motivo per non accettare questo rimescolamento di razze e di gente che porta anche secondo me tante cose belle e tanta ricchezza"*

*“Sì, penso che, come sempre le cose vanno tenute monitorate, che le cose non sono mai definitive, che ci sono dei cambiamenti culturali e che quindi bisogna tenere monitorato. Quello che è scomparso da una parte potrebbe tornare fuori da un'altra. Credo che vada monitorato”*

Le classi interpretative individuate per quest'ultimo tema sono:

- Recrudescenza di malattia
- Abbandono delle istituzioni
- Pericolosità sanitaria
- Arricchimento culturale

## **CAPITOLO 4.**

### **DISCUSSIONI E CONCLUSIONI**

Lo scopo primario di questa tesi è stato quello di indagare la percezione della popolazione autoctona rispetto a diversi gruppi etnici presenti nel territorio trevigiano.

Uno dei primi quesiti che ci si era posti, all'inizio dell'indagine, era quale fosse il pensiero delle persone riguardo al concetto di salute.

Dall'analisi dei risultati è emerso che, indipendentemente dall'età anagrafica, dal genere e dalla professione svolta, per tutti gli intervistati il mantenimento di un buon stato di salute risulta di primaria importanza. Quest'ultimo aspetto, secondo gli intervistati, è influenzato da svariati fattori, quali l'adozione di stili di vita regolari, il controllo periodico delle condizioni di benessere e il mantenimento di una soddisfacente vita affettiva. Vi è, però, una generale tendenza alla sfiducia nei confronti della sanità pubblica, condizione che, però, non inficia il rapporto con il Medico di Medicina Generale.

Le chiavi interpretative che possono essere ipotizzate in correlazione con questo fenomeno sono molteplici.

Tali affermazioni possono, ad esempio, trovare giustificazione nella difficoltà di accesso alle cure, sostanziate, spesso, da lunghe liste di attesa per ricevere prestazioni specialistiche che costringe il cittadino a rivolgersi al privato, dovendo così sostenere l'intero costo della prestazione<sup>24</sup>. Spesso sfiducia ed insoddisfazione hanno come base comune una problematica relazione operatore sanitario-paziente, che si traduce in diffidenza nei confronti dell'intero sistema sanitario, in generale.

Un altro aspetto da considerare, inoltre, è l'insieme delle aspettative dei pazienti, spesso, troppo elevate e quindi il più delle volte deluse, anche delle prestazioni che, dati gli enormi progressi della scienza medica, si crede dovrebbero essere assolutamente scevre di errori e fallimenti. La situazione, poi, viene ulteriormente esacerbata dal ruolo dei mass media che, pur esaltando questi progressi scientifici, focalizzano la loro attenzione sui casi di malasanità con servizi sensazionali, spingendo ancora di più l'opinione pubblica verso un clima di sfiducia generale nei confronti dell'organizzazione sanitaria, alimentando la rabbia delle persone<sup>25</sup>.

In questa panoramica, i sensazionali messaggi di cronaca non consentono di distinguere la complicità, insita nelle procedure sanitarie, dall'errore. È questo che determina un senso

di sfiducia nella sanità pubblica, non perché quest'ultima non sia esente da difetti ma perché la "malasanità" vien fatta passare come una pandemia, del tutto organica al sistema. Per quanto riguarda il tema della malattia, le persone intervistate dimostrano una sorta di egocentrismo rispetto alle patologie dalle quali sono affette; questo atteggiamento le porta a parlare e considerare importanti solo le proprie rispetto a qualsiasi altra malattia e, solo se stimolate con altri quesiti, riescono a guardare oltre.

La neoplasia, citata da molti come malattia che incute timore, è vista ancora oggi come male incurabile, una diagnosi di morte certa. Si è riscontrato come questa tendenza sia propria di coloro i quali hanno avuto esperienze, tra familiari o conoscenti, di decessi da patologia neoplastica.

Il timore di patologie come demenza e specificatamente quella di Alzheimer trova correlazione con l'età degli intervistati; infatti, questa situazione viene citata prevalentemente da persone appartenenti alla fascia di età tra i 56 e gli 85 anni. Si è riscontrata, inoltre, una correlazione tra il timore di questa patologia e la presenza della stessa all'interno del proprio nucleo familiare o nella propria cerchia di conoscenze.

Da quanto è emerso dalle interviste, si ipotizza che la maggioranza degli intervistati non sia realmente a conoscenza dell'importanza della prevenzione e delle principali norme atte a prevenire la diffusione di qualunque patologia. L'incertezza nel rispondere alla domanda su quali fossero i principali metodi per limitare la diffusione di una malattia e prevenirla è stata riscontrata nella maggioranza dei casi. Pochi sono stati, infatti, i casi di risposta rapida, decisa e convinta, e non stimolata attraverso il ragionamento con l'intervistatore, sulle norme più basilari che dovrebbero far parte della quotidianità di ognuno di noi. Si potrebbe, quindi, dedurre che gli interventi educativi attuati fino ad ora in materia di prevenzione non siano stati sufficientemente efficaci e che vadano implementati ed integrati.

Questa tesi potrebbe essere ancora più avvalorata dal fatto che un numero considerevole di persone considera la presenza sul territorio di gruppi etnici differenti da quello autoctono come un fattore determinante per la diffusione di malattie ed individua nella loro eradicazione la soluzione al problema.

Si è riscontrato come la tendenza a questo tipo di risposta sia più diffusa tra individui anziani, di età compresa tra i 70 e gli 85 anni. Sarebbe lecito ipotizzare che le persone anziane, avendo avuto meno occasioni di confrontarsi con persone diverse, in

senso geografico e culturale, siano potenzialmente meno inclini all'aggiornamento delle proprie conoscenze in questo ambito, preferendo rimanere radicata nelle proprie convinzioni. Alcune persone, infatti, sono portate a pensare che ciò in cui credono, ciò che pensano, il paese dove nascono, la cultura e la religione ricevuta, il proprio colore della pelle, gli usi e costumi acquisiti, abbia un valore di assioma, la verità incontestabile, il punto di riferimento assoluto, e tutto ciò che si discosta da questo sia sbagliato e inaccettabile.

Per quanto riguarda infine il tema della xenofobia, fulcro dell'intera indagine, le considerazioni che possono essere fatte, a fronte dei risultati ottenuti, sono molteplici.

Dall'analisi dei risultati parrebbe, innanzitutto, condivisibile che nessuna delle variabili del campione, ovvero genere, età, professione e numero di figli, influenzi in maniera considerevole l'opinione delle persone. È, infatti, pressoché totale la presenza di un pregiudizio, in forma più o meno velata. Si è notato come l'unica differenza potrebbe essere fatta dalla professione esercitata, nello specifico quella che prevede una relazione di aiuto. Gli unici intervistati che hanno espresso pensieri e opinioni positive, o quantomeno logicamente sostenibili, riguardo allo scopo dell'indagine sono state infatti persone appartenenti al ramo sanitario, che rappresentano l'8% del campione totale. Si ipotizza che ciò possa essere dovuto ad una maggiore capacità di ragionamento critico in quanto, per il tipo di professione svolta, questi intervistati, avendo avuto più occasione di venire a contatto con differenti culture ed etnie in ambito sanitario, sono forse meno inclini al pregiudizio e posseggono conoscenze sui reali fattori che contribuiscono alla diffusione delle malattie.

Ciò che sembra emergere, comunque, in maniera preponderante è una generale disinformazione che parrebbe portare le persone ad una categorizzazione ingannevole della realtà; ciò che si nota dall'analisi delle interviste è, infatti, un'incapacità di argomentare con affermazioni condivisibili e logiche le proprie asserzioni.

Nonostante sembri che le variabili, ad esclusione della professione sanitaria, non influenzino in maniera sostanziale il pensiero delle persone riguardo alla presenza o meno di pregiudizio, è altresì vero che per alcune di queste variabili vi sia una più marcata predisposizione ad un pensiero rigido e stereotipato. Sembra, infatti, che sia il genere femminile associato ad un'età più matura a portare all'espressione di un pensiero più severo, categorico e senza filtri.

Nel caso dell'età, come si ipotizzava precedentemente, la popolazione anziana che solitamente è meno esposta al confronto con altre culture ed etnie sembra avere, quindi, una tendenza più marcata a considerare esclusivamente le proprie radicate convinzioni. Inoltre, la recrudescenza delle malattie del passato, per le quali resta ancora vivo il ricordo in alcuni intervistati, potrebbe contribuire ancora di più a questa tendenza.

Per quanto riguarda il genere femminile, in letteratura non sono state reperite informazioni che consentissero di fare inferenze. Una possibile spiegazione potrebbe risiedere nel fatto che le donne della precedente generazione, casalinghe per norma, abbiano avuto meno occasioni della controparte maschile di spostarsi dal proprio territorio e confrontarsi con persone diverse per cultura, seppur connazionali. Altra ipotesi potrebbe far ricondurre questo atteggiamento a percepire "l'altro" come minaccia al proprio sistema di valori, determinando una chiusura ed uno smisurato senso di protezione per la famiglia e per i figli.

In conclusione, ciò che emerge dall'analisi delle interviste è una pressoché generale presenza di un pregiudizio legato ai diversi gruppi etnici per quanto riguarda il pericolo di trasmissione di malattie, indipendentemente dalle condizioni di salute e di vita dei soggetti immigrati, con assenza quasi totalitaria di argomentazioni valide e condivisibili a supporto di questa credenza.

Seppure il campione di indagine sia ridotto si può supporre che, vista la conferma delle ipotesi di partenza, lo stesso pensiero possa essere ritrovato anche in altri contesti con le medesime metodologie di indagine.

Considerato il fatto che, sempre più, si sta andando incontro ad una globalizzazione importante e che il numero delle persone straniere residente tenderà ad aumentare nei prossimi anni, questa credenza radicata nella popolazione autoctona, ovvero che la persona immigrata possa essere veicolo di trasmissione di malattie infettive gravi indipendentemente dalle condizioni di partenza, potrebbe diventare un ingente problema sociale che dovrà essere gestito negli anni a venire.

Come già sottolineato in precedenza, essere infermiere oggi significa essere un professionista che muta in relazione alla società e alla sua richiesta e che si adatta al processo evolutivo in maniera consapevole e propositiva.

Da qui nasce, quindi, la necessità di acquisire consapevolezza di una problematica che potrebbe, negli anni, portare all'esigenza di riadattare e riformulare il progetto educativo

per la popolazione sul territorio, attraverso la collaborazione di un'equipe multidisciplinare, anche attraverso il sostegno dei Medici di Medicina Generale, a partire da un'informazione chiara e lineare, una più attenta educazione riguardo ai metodi di prevenzione e loro impiego nella quotidianità e un avvicinamento alla conoscenza di nuove culture.

## BIBLIOGRAFIA

1. Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739 “Regolarmente concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere”
2. Colaiacomo A, Demaio G, Di Sciullo L, Marinaro R, Nanni M, Licata D, et al. Le migrazioni in Italia. Scenario attuale e prospettive. Edizioni Idos 2011:10-63.
3. Costituzione della Repubblica Italiana, art. 3, 32 . 1948.
4. Scaroni C. Fenomeni migratori e problematiche socio sanitarie. *Io Infermiere* 2007;1:49.
5. Legge 29 giugno 1998, n. 40 “Disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”
6. Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286 “Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”
7. Geraci S, Mareca M. Il diritto all’assistenza sanitaria dei cittadini stranieri. *Panorama della sanità* 2002;18:14-24.
8. Istituto Nazionale di Statistica. Stranieri e immigrati. Roma 2015 (creato: 30 luglio 2015, consultato: 30 luglio 2015. Disponibile all’indirizzo: <http://www.dat.istat.it/>)
9. Affronti M. Il bisogno di salute e di prevenzione del soggetto immigrato. *Flussi migratori e patologie. Italian Journal of Public Health* 2011;8(3):1-6.
10. Geraci S. Salute e immigrati in Italia: non più esclusi ma ancora "fragili". *Dossier Statistico Immigrazione* 2003:83-92.
11. Caritas Diocesana di Roma. *Migrazione e salute in Italia*. Roma 2014.
12. Dominich A, Panatto D, Gasparini R, Amicizia D. The "healthy immigrant" effect; does it exist in Europe today? *Italian Journal of Public Health* 2012;9(3):1-7.
13. Coluccia A, Mangia M. Immigrazione e problematiche sanitarie, con particolare riferimento alla relazione medico/paziente. *Difesa Sociale* 1999;5.
14. Rubini M, Cavazza N, Palmonari A. *Psicologia sociale*. 2nd ed. Bologna: il Mulino; 2002.
15. Fiske S, Taylor S. *Cognizione sociale: dal cervello alla cultura*. 1st ed. Terni: Apogeo; 2009.
16. Brown R. *Psicologia sociale dei gruppi*. 2nd ed. Bologna: il Mulino; 2000.
17. Derose KP, Escarce JJ, Lurie N. Immigrants and health care: sources of vulnerability. *Health Aff (Millwood)* 2007;26(5):1258-68.

18. Parker R. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. *Cad Saude Publica* 2012;28(1):164-9.
19. Bhopal R. The quest for culturally sensitive health-care system in Scotland: insights for a multi-ethnic Europe. *Journal of Public Health* 2012 20 gennaio;34(1):5-11.
20. Associazione Naga. Le malattie degli immigrati irregolari sono pericolose per gli italiani? Confronto tra le patologie riscontrate presso l'ambulatorio NAGA e ambulatori di medicina generale di Monza. Ottobre 2009.
21. Davtyan M, Brown B, Folyan MO. Addressing Ebola-related stigma: lessons learned from HIV/AIDS. *Glob Health Action* 2014;7:26058.
22. Karamouzian M, Hategekimana C. Ebola treatment and prevention are not the only battles: understanding Ebola-related fear and stigma. *Int J Health Policy Manag* 2015;4(1):55-6.
23. CIOMS, WHO. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects (Internet). Geneva 2002 (creato: 12 luglio 2005, consultato 16 luglio 2015. Disponibile all'indirizzo: [http://www.cioms.ch/publications/layout\\_guide2002.pdf](http://www.cioms.ch/publications/layout_guide2002.pdf))
24. Ministero della Salute. Rapporto nazionale di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza anno 2007-2009. 2011:1-129.
25. Ministero della Salute. Rapporto nazionale di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza anno 2002-2003. 2006:1-253.