

Immigrazione e disuguaglianze di salute

Emergency e la medicina dei diritti umani: un'etnografia del Poliambulatorio di Palermo

Dr. Patrizia Dall'Acqua
Odontologo forense • abacqua@libero.it

«la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.»
ART. 32 DELLA COSTITUZIONE ITALIANA

Antropologia della salute e della cura

DIMENSIONI DELLA MALATTIA	disease, componente biomedica
	illness, componente soggettiva
	sickness, riconoscimento sociale
DIFFERENZE	differenti popolazioni
	differenti culture
	differenti rappresentazioni del mondo
	differenti rappresentazioni del corpo
	differenti rappresentazioni della malattia

Dalla raccolta dei dati a partire dal 2007, è emerso che persone appartenenti ad aree geografiche e a contesti socio-culturali eterogenei nutrono aspettative diverse nei confronti delle risorse terapeutiche della biomedicina e ricorrono ad azioni differenti nel fronteggiare uno stato di malessere, hanno modi peculiari di percepire, vivere e rappresentare la condizione di malattia e la terapia, e di immaginare il proprio ruolo nel momento in cui si considerano ammalati.

Diseguaglianze nell'accesso alle cure

BARRIERE ALL'ACCESSIBILITÀ E ALLA FRUIBILITÀ DEI SERVIZI	
barriere giuridico-legali	barriere economiche
barriere linguistiche	barriere comportamentali
barriere interpretative	barriere organizzative
barriere comunicative	barriere burocratico-amministrative

RICONOSCIMENTO DELLO STATUS DI PAZIENTE E QUELLO DI MALATO	
1	l'aspetto normativo stabilisce i criteri mediante cui è possibile accedere alle prestazioni erogate dalla struttura, creando un meccanismo di inclusione/esclusione
2	l'interazione tra il paziente e il terapeuta che detiene l'autorità di sancire il riconoscimento dello status di malato o di persona sana, avvalendosi delle proprie competenze professionali e di una serie di strumenti diagnostici
3	e infine l'interazione con i mediatori linguistico-culturali che giocano un ruolo di "ponte" tra questi due livelli.

Il Poliambulatorio di Palermo: contesto, struttura, organizzazione

Piccola oasi verde al riparo dal traffico e dal cemento cittadino e, al contempo, spazio transnazionale, come l'ambasciata di una molteplicità di nazioni, la cui comune bandiera è un grande cartellone bianco, su cui si stagliano in rosso i caratteri cubitali di Emergency, il Poliambulatorio viene fondato nel 2006, come risposta ai bisogni reali della città, luogo di concentrazione di immigrati irregolari e regolari ormai stanziali e di cittadini italiani bisognosi.

In base al protocollo d'intesa, la ASP 6 Palermo ha permesso ai medici di Emergency di utilizzare il ricettario regionale del SSN, ha messo a disposizione la collaborazione con i propri uffici amministrativi (Anagrafe assistiti, CUP...) e ha riconosciuto le attività del poliambulatorio, che sono incluse nella carta dei servizi della stessa ASP.

La struttura è ubicata in un'area dell'ex Ospedale Psichiatrico.

I programmi italiani di Emergency sono nati a seguito dell'introduzione del reato di ingresso e/o soggiorno illegale, che ha pregiudicato severamente il rapporto tra gli immigrati e le strutture sanitarie.

L'immigrazione è diventata una condizione permanente della società siciliana.

Il Poliambulatorio si configura come uno spazio, fisico e simbolico, in cui soggetti di diversa provenienza interagiscono in una sorta di iperluogo, costituito da segni che, da una parte, richiamano e valorizzano la diversità socio-culturale e linguistica e, dall'altra, consentono di sviluppare un senso di radicamento al contesto di arrivo, riconfigurando e, talvolta, inventando una nuova dimensione del quotidiano.



13 739 pazienti odontoiatrici, provenienti da 70 paesi diversi, compresi europei e italiani

PRESTAZIONI EROGATE

60% conservative e endodontiche

25% estrattive

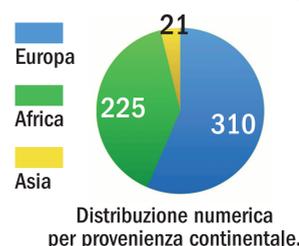
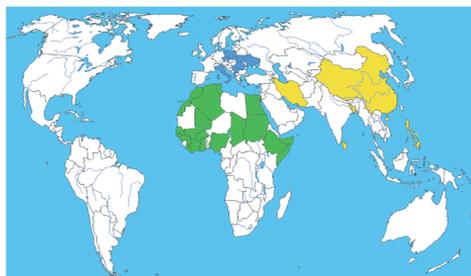
15% protesi

Campione oggetto dello studio

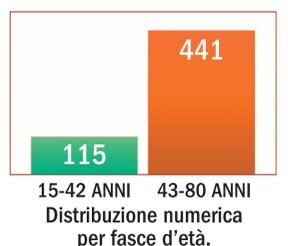
556 pazienti, provenienti da 32 paesi diversi, compresi europei e italiani

896 protesi (252 totali e 644 parziali)

Nei giovani africani si è rilevato con maggiore frequenza la presenza dei diastemi interincisivi e la perdita per trauma dei denti frontali rispetto ai giovani di altri paesi.



Pazienti curati tra il 2007 e il 2015



Il ruolo del diastema interincisivo

L'incidenza del diastema varia nei diversi gruppi di popolazione, in particolare la razza caucasica sembra essere meno colpita rispetto a quella negroide, e il sesso maschile e il settore interincisivo del mascellare superiore presenta un'incidenza maggiore.

Le principali cause che determinano il diastema sono sia scheletriche che dentali: *over-bite*, eccessivo sviluppo verticale dell'osso alveolare degli incisivi superiori e degli incisivi inferiori, angolazioni mesio-distali, inclinazione vestibolare degli incisivi superiori, oltre alla microdonzia e alla presenza del frenulo labiale ipertrofico.

Il diastema interincisivo mascellare può rap-

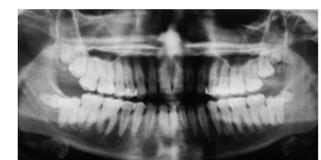
presentare un problema legato alla salute orale per alcuni pazienti europei e asiatici, ma non per gli africani che al contrario vivono la chiusura protesica del diastema come ulteriore perdita della salute orale che incrementa le conseguenze del loro disagio psico-sociale.

Che si tratti di *disease* lo conferma l'attenzione degli studi dedicati alla ricerca di soluzioni per la chiusura dei diastemi che fino ad oggi rappresenta un quesito scientifico che continua ad impegnare la ricerca internazionale.



Molte terapie vengono utilizzate per la chiusura degli spazi e l'approccio può essere di tipo ortodontico o conservativo-protetico ed anche chirurgico.

Ma nella popolazione africana il diastema interincisivo mascellare è considerato un simbolo di bellezza, e la terapia è legata alla creazione artificiale dello spazio o al suo mantenimento in caso di riabilitazioni protesiche ed anche la ricerca è rivolta alla soluzione di nuovi protocolli.



Non è raro vedere...

... quattro nomi



... ed anche i decimi!

«la salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale»

OMS 1948

Recentemente una cinquantina di paesi hanno proposto di aggiungere una quarta dimensione, quella spirituale. Tale richiesta conferma che in base a specifici fattori culturali ogni popolazione ha le proprie visioni in merito **e ciò che per noi è salute per altri è malattia.**

Il riconoscimento di questa interazione fra ordine biologico e ordine sociale potrebbe essere una base comune di partenza per un dialogo efficace fra antropologi e medici, da cogliere nello spirito di un'apertura alla collaborazione, dove le differenti specializzazioni possono trovare stimoli e sollecitazioni di crescita anche nel proprio settore di analisi.