



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Dipartimento di Medicina Traslazionale
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE
IN SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE

Presidente: Prof. Fabrizio Faggiano

TESI DI LAUREA

I MIGRANTI ANZIANI NEI CENTRI DI ACCOGLIENZA TRA
PROBLEMI DI SALUTE E RICERCA DI SOLUZIONI. UNA
INDAGINE ESPLORATIVA

Relatore:

Prof. ANDREA POGLIANO

Candidata:

Dott.ssa CAFARELLI VALENTINA

Matricola 20027548

Anno accademico 2022 – 2023

SOMMARIO

ABSTRACT	1
1. INTRODUZIONE	2
1.1 UNO SGUARDO ALL'IMMIGRAZIONE	3
1.2 CENTRI DI ACCOGLIENZA STRAORDINARIA E SERVIZI DI ACCOGLIENZA E INTEGRAZIONE.....	5
1.3 IL NURSING TRANSCULTURALE E L'ANTROPOLOGIA MEDICA	7
1.4 OBIETTIVO	9
2. DISEGNO E METODOLOGIA DELLO STUDIO	10
2.1 DISEGNO DI STUDIO	10
2.2 I PARTECIPANTI.....	10
2.3 GLI STRUMENTI DI RACCOLTA DATI	12
2.4 L'ANALISI DEI DATI.....	13
3. I RISULTATI	14
4. DISCUSSIONE	15
4.1 MOTIVAZIONE DELLA MIGRAZIONE	15
4.2 DIFFERENZE CON IL MIGRANTE GIOVANE.....	18
4.3 PRINCIPALI CRITICITA'	22
4.4 PROBLEMI DI SALUTE	26
4.5 RISORSE PER LA GESTIONE DELLE CRITICITA'	28
4.6 REAZIONI EMOTIVE CHE SUSCITA L'INCONTRO CON UN MIGRANTE ANZIANO.....	32
4.7 PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA DI ACCOGLIENZA	33
5. CONCLUSIONE	35
BIBLIOGRAFIA	38
ALLEGATI	42
ALLEGATO 1	42
RINGRAZIAMENTI	44

ELENCO ABBREVIAZIONI

CAS	Centri di Accoglienza Straordinaria
COE	Centro Operativo e Emergenze
IPA	Analisi Interpretativa Fenomenologica
ISTAT	Istituto Superiore di Statistica
ODV CRI	Organizzazione di Volontariato della Croce Rossa Italiana
SAI	Sistema di Accoglienza e Integrazione
STP	Straniero Temporaneamente Presente
UNHCR	Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati

ABSTRACT

INTRODUZIONE: L'interesse verso i temi trattati in questo elaborato nasce da un'esperienza vissuta in prima persona come infermiera nell'Aprile del 2022; il mio ruolo è stato quello di accogliere e fornire assistenza sanitaria a quaranta profughi ucraini evacuati dal Donbass. Un terzo di loro aveva un'età superiore ai 60 anni. Dati internazionali mostrano come il 16% dei migranti accolti sia anziano. Si tratta di una percentuale in crescita che merita una riflessione.

OBIETTIVO: L'obiettivo è descrivere la realtà del migrante anziano all'interno dei CAS e SAI, tramite una indagine qualitativa rivolta a professionisti sanitari e operatori dell'accoglienza.

MATERIALI E METODI: Il disegno di studio è una indagine qualitativa che utilizza come strumento di raccolta dati un'intervista semi-strutturata. Le aree di indagine sono: le caratteristiche dell'intervistato, il contatto con il migrante anziano, i problemi di salute, le criticità individuate e le strategie attuate, le emozioni suscitate dall'incontro e le strategie di miglioramento. Sono state condotte 10 interviste tra Novembre 2023 e Gennaio 2024; i partecipanti sono professionisti e operatori che hanno svolto attività presso CAS e SAI, e sono entrati in contatto con migranti over 60. Le interviste sono state analizzate con il metodo IPA.

RISULTATI: Sono stati identificati sette temi che con i relativi temi subordinati permettono di descrivere il fenomeno in oggetto: motivazione della migrazione, differenze con il migrante giovane, principali criticità, problemi di salute, risorse per la gestione delle criticità, reazioni emotive, proposte di miglioramento.

CONCLUSIONI: La realtà emergente del migrante anziano risulta essere complessa e sembra richiedere un approccio multidisciplinare. Il nursing transculturale e l'antropologia medica permettono la comprensione dei bisogni di salute e l'attuazione di interventi culturalmente congrui. Le peculiarità emerse che lo differenziano dal giovane dovrebbero essere oggetto di riflessione per orientare le politiche future, con l'infermiere che afferma il suo ruolo attivo nella comunità e nei luoghi dell'accoglienza. Ulteriori ricerche sono però necessarie per approfondire la tematica, integrare la poca letteratura presente sul tema, e creare evidenze scientifiche che possano guidare l'agire dei professionisti.

1. INTRODUZIONE

L'interesse verso i temi trattati in questo elaborato nasce da un'esperienza vissuta in prima persona presso il Centro Fenoglio di Settimo Torinese da Aprile a Maggio 2022. In quel periodo ho lavorato come infermiera col compito di accogliere e fornire assistenza sanitaria a quaranta profughi ucraini evacuati da una clinica psichiatrica che si trova nella regione del Donbass. La mia presenza presso la struttura di accoglienza è stata possibile con la concessione dei benefici di legge per i professionisti sanitari che svolgono attività di volontariato, e in accordo con il datore di lavoro.

La missione umanitaria che ha permesso di portarli nel nostro Paese è stata coordinata dall'Organizzazione di Volontariato della Croce Rossa Italiana (ODV CRI), che con mezzi e attrezzature idonee si è occupata del loro trasferimento dalla città di Leopoli, nell'Ucraina occidentale. Accolti presso il Centro Operativo Emergenze (COE) di Settimo Torinese, sono stati sottoposti a una prima valutazione sanitaria per individuare i bisogni ai quali rispondere con interventi efficaci, in sinergia con figure professionali, e in attesa di una struttura definitiva di destinazione sul territorio. Dalla scarsa documentazione clinica recuperata e dall'esame obiettivo individuale, sono emerse disabilità psichiatriche e fisiche con gravità differenti. Per la presenza di queste fragilità, il progetto realizzato per loro da parte delle istituzioni è stato la presa in carico assistenziale in una struttura residenziale territoriale. Il dato che fin da allora mi colpì, però, è che circa un terzo di loro aveva un'età superiore a 60 anni. Durante la permanenza nel centro di accoglienza, operatori e professionisti hanno rilevato differenze su approccio, criticità, risorse e progettualità, rispetto al migrante giovane che meritano una riflessione.

Queste considerazioni mi hanno spinto a indagare la realtà del migrante anziano nella fase di accoglienza a partire dal vissuto di professionisti sanitari e operatori dell'accoglienza.

Nel presente lavoro tratterò quindi la presenza del migrante anziano nel contesto specifico di Centri di Accoglienza Straordinaria e del Sistema Accoglienza e Integrazione focalizzandomi su criticità e risorse messe in campo per la gestione, questioni di salute che si sono poste, impatto emotivo suscitato dall'incontro, progettualità intrapresa e proposte di miglioramento.

L'introduzione si sviluppa in modo da tracciare elementi di tre argomenti ritenuti portanti per l'elaborato: l'immigrazione come realtà del territorio, il sistema di accoglienza come iter sociale-giuridico e l'antropologia medica come approccio alle problematiche di salute.

1.1 UNO SGUARDO ALL'IMMIGRAZIONE

L'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR) mostra, nel report annuale del 2022, come siano 108.4 milioni le persone forzate a migrare in tutto il mondo a causa di persecuzioni, conflitti, violenze, violazione dei diritti umani o eventi di grave turbamento dell'ordine pubblico. I dati demografici, stabili negli ultimi anni, mostrano che il 56% della popolazione migrante su scala mondiale appartiene alla fascia d'età 18 – 59, il 30% alla fascia 0 – 17, e, infine, il 14% ha più di 60 anni. Rispetto al genere vi è una ripartizione equipollente per ciascuna fascia, con una leggera predominanza delle donne proprio nella fascia d'età più avanzata.

I dati sono illustrati nella seguente tabella (Tab.1):

<i>Età (anni)</i>	<i>Genere (%)</i>	
	Maschio	Femmina
60 +	6 %	8 %
18 – 59	28 %	28 %
0 - 17	15 %	15 %

*Tab. 1: Popolazione migrante mondiale suddivisa per età e genere.
Fonte: UNHCR, 2023*

La migrazione è il movimento di persone da un luogo all'altro, per stabilirsi in un nuovo territorio (Council of Europe, 2020). Questo spostamento è spesso il risultato di problemi strutturali e di disuguaglianze socio-economiche, che costringono le persone a cercare condizioni di vita migliori altrove. Ci sono due fattori decisionali per la migrazione: di spinta e di attrazione; il primo rappresenta le motivazioni che portano le persone a lasciare la propria abitazione, mentre il secondo i motivi per cui viene scelto un determinato Paese. Ci sono fattori socio-politici come guerre e persecuzioni oppure la ricerca di maggiore stabilità e libertà, fattori demografici ed economici legati

a condizioni di lavoro e all'economia del Paese d'origine e, infine, fattori ambientali collegati a disastri naturali e carestie (Organizzazione Internazionale per le Migrazioni, 2017). L'Italia risulta essere un Paese facilmente raggiungibile per la sua collocazione al centro del Mar Mediterraneo e per l'incontro dei principali flussi migratori (Anzalone *et al.* 2019).

I dati nazionali sul numero di migranti accolti su base regionale vede la Regione Piemonte al terzo posto con il 9% del totale, preceduta al primo posto dalla Lombardia con il 13% e al secondo posto dall'Emilia Romagna con il 9,2 % (Ministero dell'Interno, 2024). Questo scenario fa emergere la necessità di un rafforzamento e di un miglioramento continuo del sistema di accoglienza sul territorio piemontese.

Coerentemente con i dati internazionali sopra citati, i dati nazionali dell'Istituto Superiore di Statistica (ISTAT) mostrano una presenza del migrante anziano sul territorio italiano pari al 13,6 % del totale dei migranti; Si tratta di una percentuale decisamente inferiore rispetto alla fascia 18 – 34 anni (circa il 46,4 %), che tuttavia indica un segmento di popolazione importante, che non può essere ignorato (Tab. 2).

		<i>Genere (%)</i>
<i>Età (anni)</i>	60 +	13,6 %
	35 - 59	23 %
	18 - 34	46,4 %
	0 - 17	17 %

*Tab.2: Percentuale di immigrati sul territorio italiano, suddivisa per età.
Fonte: ISTAT, 2023*

Considerando i dati, è possibile affermare che il quadro dell'immigrazione in Italia si arricchisce di un nuovo profilo: quello dei migranti anziani. Quest'ultimi sono caratterizzati dall'anzianità come condizione fisiologica dell'uomo che lo rende anche fragile (Rohrmann, 2020). È possibile identificare otto tipologie principali di migranti anziani: migranti di ritorno, migranti di stile di vita, lavoratori migranti che invecchiano sul posto, lavoratori migranti anziani, migranti per ricongiungimento familiare, visitatori temporanei dei genitori più anziani, anziani rifugiati, anziani sfollati involontariamente. Queste categorie non sono fisse ma gli individui possono

aderire a diverse di esse durante il corso della loro vita, e differiscono tra di loro dal punto di vista socio-economico, culturale e razziale (Sampaio D., 2022). Rispetto alle tipologie di migrante anziano elencate in questo studio, guardando al sistema di accoglienza, mi occuperò solo di chi arriva in età anziana e non di chi invecchia qui.

Studi empirici dimostrano come la migrazione in età avanzata avviene per motivi diversi rispetto all'immigrazione dei soggetti più giovani. Una motivazione è il peggioramento dello stato di salute, che insieme alla necessità di assistenza, è una delle ragioni più frequenti che motivano la scelta di migrare in età anziana (Wiseman R.F., Roseman C., 1979).

Un migrante anziano può essere autonomo e in grado di essere integrato nel territorio con progetti di inclusione lavorativa, oppure può mostrare delle caratteristiche che rendono complesso o impossibile questo percorso. Rispetto al contesto sociale che lo circonda può essere solo, oppure supportato dal nucleo familiare o da una comunità di appartenenza. Emerge quindi una complessità che porta il migrante anziano ad esprimere bisogni differenti che dovrebbero essere oggetto di riflessione per orientare le politiche future.

1.2 CENTRI DI ACCOGLIENZA STRAORDINARIA E SERVIZI DI ACCOGLIENZA E INTEGRAZIONE

Un ruolo chiave nel sistema di accoglienza è svolto nel nostro paese dai Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) e dal Sistema di Accoglienza e Integrazione (SAI). Negli anni, la normativa che disciplina l'accoglienza di richiedenti asilo, rifugiati e migranti in Italia è cambiata più volte, e attualmente le leggi di riferimento sono il D.L. 21 Ottobre 2020 n. 130, "Disposizioni urgenti in materia di immigrazione e sicurezza", e il D.L. 10 Marzo 2023 n. 20, "Disposizioni urgenti in materia di flussi di ingresso legale dei lavoratori stranieri e di prevenzione e contrasto all'immigrazione irregolare".

Le fasi dell'accoglienza in Italia prevedono il soccorso dei migranti che arrivano nel nostro Paese via terra o via mare, il loro accompagnamento in centri per ricevere una prima assistenza sanitaria, l'identificazione e lo scambio di informazioni su procedure

e richieste giuridiche per iniziare a stabilire un percorso sul territorio. Nello specifico, vi sono delle categorie di richiedenti asilo che possono accedere a progetti SAI; tra questi troviamo i minori stranieri non accompagnati, le persone che si trovano in particolari condizioni di vulnerabilità o chi sia entrato in Italia tramite corridoi umanitari o sistemi analoghi. L'organizzazione SAI prevede due livelli: il primo è riservato ai richiedenti asilo, basato sull'assistenza materiale, legale, sanitaria e linguistica. Il secondo invece è riservato ai titolari di protezione internazionale e svolge anche funzioni di integrazione e orientamento lavorativo (Ministero dell'Interno, 2022).

La titolarità dei progetti è assegnata agli enti locali che attivano e realizzano percorsi di accoglienza e integrazione, con il supporto e in sinergia con le amministrazioni locali.

In Piemonte al 31 Dicembre 2023 gli immigranti che risultano presenti nei centri di accoglienza sono 10.088, mentre nei centri SAI sono 2.329, per un totale in accoglienza sul territorio piemontese di 12.417 (Tab. 3).

Presenza migranti in accoglienza				
Regione	Hot Spot	CAS	SAI	Totale sul territorio
Totale	1.238	103.334	34.816	139.388
Lombardia		14.979	3.024	18.003
Emilia - Romagna		9.589	3.325	12.914
Piemonte		10.088	2.329	12.417
Lazio		9.745	2.486	12.231
Campania		7.130	3.923	11.053
Sicilia	1.119	4.069	5.192	10.380
Toscana		7.989	1.799	9.788
Veneto		6.848	764	7.612
Puglia	119	4.018	3.045	7.182
Calabria		3.242	2.909	6.151

Tab.3: Presenza in Hot Spot, CAS e SAI.

Fonte: Ministero dell'Interno 2024

Negli ultimi anni il numero di SAI piemontesi è aumentato, arrivando a 39 enti titolari di progetto, col fine di incrementare il numero di beneficiari e rispondere a questa sfida politica e sociale (Ministero dell'Interno, 2022).

1.3 IL NURSING TRANSCULTURALE E L'ANTROPOLOGIA MEDICA

La salute è un diritto universale dell'individuo, il cui presupposto base è che tutti gli esseri umani sono uguali in ragione della loro natura umana. Il dovere dell'infermiere all'interno dei sistemi di accoglienza è quello di tutela della salute degli ospiti (Tschudin V, Davis A, 2008). L'assistenza fornita prevede la prima valutazione sanitaria con una raccolta di informazioni e dati utili per identificare i bisogni, attuare interventi assistenziali e fornire supporto sociale e legale, anche in collaborazione con altre figure professionali. La disuguaglianza di salute, intesa come differenze sistematiche nello stato di salute dei diversi gruppi di popolazione, è una realtà che l'infermiere può incontrare nella propria pratica, e che contrasta con l'attuazione di un processo assistenziale con alla base un approccio olistico alla persona e interventi mirati e individualizzati (McFarland A., MacDonald E., 2019). L'osservazione diretta di differenze nella salute tra diversi sottogruppi di popolazione permette di orientare programmi e azioni correttive per affrontare disparità di salute (Schlotheuber A., Hosseinpoor A., 2022).

Il fenomeno migratorio favorisce lo sviluppo multiculturale della società, di cui bisogna tenere conto in quanto professionisti sanitari, per attuare interventi personalizzati e non discriminatori, nel rispetto di valori e credenze individuali, in accordo con il Codice Deontologico. Ritroviamo questo passaggio nell'articolo 3 che cita *“l'infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità, etnica, religiosa e culturale”*. Nell'articolo 17 viene inoltre affrontato il rapporto con la persona assistita nel percorso di cura, che prevede che *“l'infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni”* col fine di favorire l'adesione al percorso di cura valutando le risorse disponibili e quelle attivabili (Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche, 2019).

Collegato al concetto di multiculturalità, tra i modelli del nursing infermieristico, un contributo rilevante è stato dato da Madeleine Leninger nei primi anni '60 con la teoria del Nursing Transculturale. L'infermieristica transculturale è stata definita come

un'area formale di studio e di esercizio professionale che pone il proprio interesse principale sul confronto delle differenze e delle affinità esistenti tra le credenze, i valori e gli stili di vita delle culture nell'ambito dell'assistenza agli esseri umani, al fine di offrire un'assistenza sanitaria culturalmente congruente, utile e valida (Leininger M., McFarland M., 2004). La consapevolezza che i concetti di salute, cura e malattia sono culturalmente situati, aiuta a far fronte all'etnocentrismo, che è involontariamente parte del modo di pensare di ogni professionista (Tosun B., Dirgar E. *et al*, 2023).

L'etnocentrismo è un concetto fondamentale nell'infermieristica transculturale perché influenza modi di pensare e agire, rischiando di portare il professionista a imporre intenzionalmente credenze e pratiche su altri, poiché ritenute superiori e migliori; ogni individuo ha la convinzione che il proprio modo di vivere e credere sia giusto, appropriato e corretto. Il bagaglio culturale influenza l'individuo nella quotidianità ma anche in situazioni di necessità sanitarie e socio-assistenziali, all'interno delle quali la cultura di ogni persona cambia il modo di esprimere un bisogno e le sue manifestazioni; quest'ultime sono facilmente e involontariamente soggette a errate interpretazioni, che possono portare a difficoltà nell'assistenza e alla definizione del bisogno di salute (Leininger, 1991). Leininger è riuscita a sancire con forza che nella pratica clinica l'infermiere deve tener conto delle credenze culturali, dei comportamenti di cura e dei valori degli individui, delle famiglie e dei gruppi al fine di fornire un'assistenza infermieristica efficace, soddisfacente e idonea (Dal Molin A., Grosso M., Petterino A., 2006).

In questo contesto, l'antropologia medica viene in aiuto nel permettere di sviluppare una maggiore conoscenza e comprensione dei modi attraverso i quali le comunità umane, in base ai propri valori e alle proprie credenze, affrontano i problemi di salute e malattia (Seppilli, 1996). Questo permette di facilitare la comprensione e l'interazione con il migrante, e adottare un modello socio-assistenziale di presa in carico della persona, per cui vengono realizzati interventi olistici di tipo transculturale (Morrone, 2009).

Inoltre, nella pratica clinica il rischio di culturalismo è costantemente presente, portando alla errata convinzione che persone di una certa etnia abbiano un insieme di credenze fondamentali sulla malattia ritenute fisse. La competenza culturale diventa

così una serie di cose da fare e da non fare, che definiscono come trattare una persona di una determinata origine etnica. Questo porta a pericolosi stereotipi e spesso si somma alla credenza che i fattori culturali siano sempre centrali in un caso, ostacolando la comprensione di episodi assistenziali. Nell'antropologia odierna la cultura non è vista come omogenea o statica, ma comprende variabili multiple che influenzano tutti gli aspetti dell'esperienza (Kleinman A., Benson P., 2006).

1.4 OBIETTIVO

L'obiettivo è descrivere la realtà del migrante anziano all'interno dei CAS e SAI, tramite una indagine qualitativa rivolta a professionisti sanitari e operatori dell'accoglienza.

Si tratterà di analizzare le esperienze narrate dai partecipanti, in particolare rispetto a: criticità e risorse messe in campo per la gestione, questioni di salute, impatto emotivo suscitato dall'incontro, progettualità intrapresa e proposte di miglioramento.

Attualmente in letteratura sono presenti studi con oggetto di indagine la salute del migrante giovane o minorenne, ma manca una solida letteratura che abbia ad oggetto la salute dei migranti anziani, ed è assente una letteratura che focalizza questo tema in contesti specifici quali i CAS e SAI. Comprendere le peculiarità che contraddistinguono il migrante anziano dal migrante giovane, ci permette di indagare più approfonditamente questo fenomeno emergente.

2. DISEGNO E METODOLOGIA DELLO STUDIO

2.1 DISEGNO DI STUDIO

Il disegno di studio è una indagine qualitativa volta alla comprensione dell'esperienza di accoglienza di migranti anziani da parte di professionisti sanitari e operatori dell'accoglienza. Questa investigazione permette l'ottenimento di resoconti utili e, col fine di raggiungere questo obiettivo, si è scelto di applicare allo studio la modalità dell'analisi interpretativa fenomenologica (IPA) (Larkin *et al*, 2009).

Il contesto dell'indagine sono i CAS e SAI, sul territorio italiano, in cui sono presenti o hanno transitato migranti anziani con età maggiore di 60 anni.

2.2 I PARTECIPANTI

I criteri di eleggibilità dei partecipanti all'indagine sono i seguenti:

Criteri di inclusione

- Essere professionista sanitario o operatore dell'accoglienza;
- Aver svolto o svolgere attività professionale, come lavoratore dipendente o su base volontaria, presso CAS e SAI sul territorio italiano;
- Avere avuto o avere attualmente esperienza di accoglienza di immigrati anziani (over 60).

Criteri di esclusione

- Aver svolto o svolgere attività professionale in contesti diversi dai CAS e SAI;
- Aver svolto o svolgere attività professionale presso CAS e SAI non sul territorio italiano;
- Aver svolto attività professionale esclusivamente con immigrati di età inferiore ai 60 anni.

Generalmente, gli studi IPA prevedono campioni ridotti per consentire un'analisi dettagliata dei singoli resoconti, e il gruppo deve essere omogeneo sulla base di caratteristiche che permettano di rispondere alle domande di ricerca. Tramite contatti pre-esistenti della ricercatrice sono stati individuati 20 partecipanti sulla base dei criteri sopra riportati. Sono stati contattati telefonicamente per fornire informazioni preliminari sullo studio e chiedere conferma di partecipazione. Hanno aderito alla ricerca 10 professionisti che hanno manifestato la volontà di mantenere l'anonimato;

per questo motivo è stato assegnato a ciascuna intervista un numero identificativo progressivo. Nella tabella di seguito (Tab.4) sono espresse le caratteristiche dei partecipanti per genere, età, occupazione, esperienza migranti e contesto d'esperienza.

Intervistato	Genere	Età (anni)	Occupazione	Esperienza migranti	Contesto esperienza
1	M	40	Amministrativo	Referente progetto accoglienza migranti e direttore centro di accoglienza per Croce Rossa Italiana (CRI)	CAS e SAI
2	F	35	Operatrice dell'accoglienza	Dal 2017 come operatrice dell'accoglienza	SAI
3	M	56	Impiegato	Volontario della Croce Rossa Italiana e Referente di Attività verso i migranti	CAS
4	F	26	Operatrice dell'accoglienza	Caseworker Restory Family Links	CAS
5	F	60	Infermiera	Attività di supporto sanitario come Corpo delle Infermiere Volontarie di Croce Rossa	CAS
6	F	30	Infermiera	Attività di inclusione sociale e supporto sanitario come Volontaria Croce Rossa Italiana	CAS
7	F	30	Operatrice SAI	Progetti SAI, progetti di emergenza abitativa	SAI
8	M	78	Medico	Attività di inclusione sociale e supporto sanitario come Volontario Croce Rossa	CAS
9	F	65	Infermiera	Attività di supporto sanitario come infermiera volontaria della Croce Rossa Italiana	CAS
10	F	30	Antropologa	Volontariato e attività di socializzazione per diversi Enti, e attività lavorativa con servizi per gli stranieri	SAI

Tab.4: Caratteristiche dei partecipanti

2.3 GLI STRUMENTI DI RACCOLTA DATI

Lo strumento di raccolta dei dati impiegato per la realizzazione di questo lavoro è una intervista semi-strutturata. Quest'ultima è costituita da una serie di domande prefissate che fungono da guida per il ricercatore.

L'intervista semi-strutturata (Allegato 1) è stata condotta in presenza presso i locali dell'associazione Croce Rossa Italiana – Comitato di Torino, o in alternativa online tramite Google Meet, in un momento della giornata concordato con il partecipante per favorire i giusti tempi di espressione e risposta alle domande. È stato espresso da ciascun intervistato il consenso verbale alla registrazione dell'intervista, per la successiva fase di analisi. L'indagine ha esplorato le seguenti aree:

- Le caratteristiche dell'intervistato per conoscere il profilo di appartenenza, le esperienze rispetto ai migranti e il contesto attuale in cui opera;
- Il contesto di lavoro e i beneficiari per comprendere chi sono e risalire al contatto con i migranti anziani nei progetti di accoglienza e inclusione sociale, eventuali criticità e risorse messe in campo per la gestione;
- I problemi di salute dei migranti anziani nei CA e SAI per esplorare le questioni di salute che si sono poste, criticità emerse e risorse utilizzate, eventuale incontro con servizi di cura esterni e necessità di ricorrere alla figura del mediatore culturale;
- Le criticità e strategie riscontrate nell'approcciarsi al migrante anziano con problematiche di salute;
- Le emozioni e proposte di miglioramento per riflettere sulla reazione emotiva che suscita l'incontro con un migrante anziano, il suo percorso nel sistema di accoglienze e le mancanze rilevate.

L'esecuzione delle interviste è avvenuta nel periodo tra Novembre 2023 e Gennaio 2024, con una durata media di circa 30 minuti a intervista.

La scaletta è stata costruita in modo da permettere all'intervistato di sentirsi a suo agio, con domande iniziali di carattere descrittivo e narrativo, chiedendo di presentarsi per profilo ed esperienze, per poi diventare sempre più analitiche e auto-esplorative. La scaletta è stata percorsa in modo flessibile; non sempre le domande sono state poste

secondo l'ordine prefissato (Smith J.A., Flowers P., Larkin M., 2009), e sono state sottoposte con l'intento di ragionare insieme all'intervistato a partire dalla raccolta di casi concreti.

2.4 L'ANALISI DEI DATI

Il metodo utilizzato per l'analisi delle interviste è l'Analisi Interpretativa Fenomenologica (Smith J., Osborn M., 2008) che dà valore al soggetto considerando i partecipanti i veri esperti del fenomeno oggetto di indagine (SassoL., Bagnasco A., Ghirotto L., 2015); l'attenzione è quindi posta alla qualità di ciò che viene riferito dagli intervistati, e l'omogeneità ha maggiore rilevanza rispetto alla numerosità (Smith J.A., Osborn M., 2003).

L'analisi dei dati ha previsto una prima fase di riascolto degli audio e trascrizione dell'intervista, e successiva lettura e rilettura del testo.

Nel secondo passaggio è stato annotato ciò che è apparso maggiormente significativo. Le annotazioni principali sono state di carattere descrittivo basandosi su una spiegazione del contenuto, e concettuale, riguardando un livello di analisi più profondo e interpretativo. Nella tabella di seguito è riportato un esempio di applicazione di quanto descritto, estratto dall'intervista numero 9 (Tab.5):

Intervista originale	Commenti preliminari
“...Un'altra appunto è la barriera linguistica che uno sapesse la lingua li tranquillizza, per me che parlo male inglese e francese questa è sempre stata una barriera...”	Un'altra problematica associata alla scarsità di mediatori culturali è la barriera linguistica. Per chi non parla lingue veicolari è un ostacolo che si presenta precocemente e che rende difficile la comunicazione, l'approccio e la comprensione.

Tab.5: Intervista n.9, esempio di analisi

Infine, il terzo passaggio ha previsto la connessione tra i temi. Mediante questo processo analitico, è stato possibile categorizzare i temi oggetto di indagine con i rispettivi temi subordinati, e valutare l'accordanza tra ciò che è stato espresso dagli intervistati (Tab.6).

Tutti i passaggi appena descritti sono stati effettuati su ogni singola intervista.

3. I RISULTATI

Sulla base dei temi individuati per ciascuna intervista, sono stati selezionati dei relativi temi subordinati, in grado di sintetizzare gli argomenti trattati. Nella tabella di seguito è mostrata la rappresentazione dei temi con indicazione del numero di interviste in cui sono stati menzionati spontaneamente dall'intervistato (Tab. 6):

Temi e subordinati	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Motivazione della migrazione										
a. Guerra	*	*	*	*	*	*		*	*	*
b. Ricongiungimento familiare	*	*		*	*		*		*	
c. Cure sanitarie	*	*								
2. Differenze con il migrante giovane										
a. Percorso di inclusione personalizzato	*	*			*	*	*			*
b. Minore capacità di apprendimento e adattamento		*		*		*	*			*
c. Inserimento lavorativo difficoltoso o impossibile		*			*	*	*			*
d. Minore predisposizione a instaurare una relazione			*		*			*	*	
3. Principali criticità										
a. Sanitarie	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
b. Barriera linguistica e culturale	*	*		*	*	*	*	*	*	*
c. Solitudine	*		*	*					*	*
d. Impreparazione operatori CA e SAI	*					*				
4. Problemi di salute										
a. Sindromi psicopatologiche	*		*	*	*	*				
b. Malattie croniche		*		*	*	*				
c. Patologie di interesse chirurgico							*	*		*
d. Lesioni cutanee					*				*	
5. Risorse per la gestione delle criticità										
a. Mediatore culturale	*	*		*	*	*		*	*	*
b. Operatori e figure professionali	*	*	*	*	*	*	*			*
c. Rete familiare e comunità di appartenenza	*	*		*			*		*	*
6. Reazioni emotive che suscita l'incontro con un migrante anziano										
a. Tenerezza			*		*	*	*		*	
b. Preoccupazione	*	*						*		*
c. Tristezza				*					*	*
7. Proposte di miglioramento del sistema di accoglienza										
a. Implementare risorse e progetti di integrazione		*	*	*	*	*	*	*	*	*
b. Consapevolezza presenza del migrante anziano	*	*		*	*	*		*		*

Tab.6: Accordanza tra gli intervistati

Nel prossimo capitolo si discuteranno le tematiche emerse.

4. DISCUSSIONE

I temi individuati sono sette: motivazione della migrazione, differenze con il migrante giovane, principali criticità, problemi di salute, risorse per la gestione delle criticità, reazioni emotive che suscita l'incontro con un migrante anziano e, infine, proposte di miglioramento del sistema di accoglienza.

Ciascun tema possiede da due a quattro temi subordinati e, di seguito, è riportata la discussione di ciascuno di essi.

4.1 MOTIVAZIONE DELLA MIGRAZIONE

Questo primo tema raccoglie, a partire da episodi concreti vissuti dagli intervistati, le motivazioni di migrazione riportate dai migranti anziani incontrati. Tale categoria emerge attraverso le domande di “contesto di lavoro e beneficiari”, presenti nella sezione due dell'intervista semi-strutturata; nello specifico le domande di riferimento sono “chi sono normalmente le persone che stanno all'interno dei vostri progetti di accoglienza?” e “quando vi è capitato per la prima volta di accogliere migranti anziani? Esempi concreti”. Sono tre i temi subordinati individuati: guerra, ricongiungimento familiare, cure sanitarie.

La motivazione alla migrazione è un aspetto importante per comprendere il vissuto della persona, le sue aspettative nel paese ospitante e contestualizzare le esigenze e richieste espresse. Nel caso di questa indagine i tre temi subordinati fanno riferimento a fattori socio-politici, sottolineando la decisione di spostarsi per necessità di salvezza, di stabilità nel ricongiungersi con un familiare e di cura.

Guerra (1 a)

La quasi totalità degli intervistati riporta di aver accolto migranti anziani che fuggono da contesti di guerra, con principale provenienza Ucraina e Afghanistan (intervista 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10). Seppure la vasta maggioranza delle persone al mondo si sposti in maniera volontaria, una parte, è composta dai migranti forzati da conflitti, persecuzioni, degrado ambientale e mancanza di sicurezza (Carbone G. *et al*, 2020). Di seguito un estratto dall'intervista 2:

“... Questa signora afghana è arrivata nel 2021 in seguito all'emergenza Afghanistan dove i talebani sono entrati in diverse parti dell'Afghanistan e hanno ripreso il controllo su tante parti governative ...”

In un contesto di necessità di migrazione, la scelta del paese ospitante può essere effettuata sulla base di diversi fattori, come la disponibilità di accoglienza e le politiche di integrazione, oppure la presenza di un familiare o di una comunità di connazionali che possa prestare ospitalità. Di seguito un estratto dall'intervista 10:

“... come moltissime persone somale hanno inizialmente provato una migrazione verso i paesi nordici, sono state in Svezia entrambe ... entrambe con una fortissima rete di connazionali ...”

Infine dall'intervista 4 risalta il concetto di mantenimento dell'unità familiare come motivo che spinge il migrante anziano a spostarsi insieme al resto del nucleo familiare.

“... non tanto per scappare, non tanto per avere prospettive migliori ma perché si sentono garanti dell'unità familiare; quindi per loro in quel momento la cosa più importante è proprio l'unità familiare ...”

Ricongiungimento familiare (1 b)

La maggioranza degli intervistati menziona il ricongiungimento familiare come motivazione e possibilità di abbandono del proprio Paese per un migrante anziano (intervista 1, 2, 4, 5, 7, 9). Di seguito un estratto dall'intervista 7:

“... una signora Camerunense di 80 anni, arrivata in Italia per ricongiungimento familiare con sua figlia ad Aprile ...”

I programmi di ricongiungimento familiare stanno diventando sempre più importanti nelle politiche europee, rappresentando di fatto una delle principali modalità di ingresso regolare su un territorio (Della Puppa F., 2015). In Italia la Legge 13 Aprile 2017 n. 46 “Disposizioni urgenti per l'accelerazione dei procedimenti in materia di protezione internazionale, nonché per il contrasto dell'immigrazione irregolare” norma la procedura di ricongiungimento, riconoscendo nell'unità familiare un diritto fondamentale. I migranti che non arrivano con questo iter giuridico già attivo ma la richiesta viene effettuata a posteriori, in attesa dell'accettazione della domanda, seguono il percorso di accoglienza come descritto.

Questa condizione può sussistere quando il migrante conosce indicativamente dove potrebbe trovarsi il familiare, e migra nella speranza di poterlo rintracciare. La localizzazione del familiare è il requisito fondamentale che permette di poter avviare la richiesta formale di ricongiungimento e l'ODV Croce Rossa Italiana, tramite l'attività di Restoring Family Links, si occupa di rintracciare i familiari e di supportare il mantenimento dei legami.

Nell'intervista 4 emerge quest'ultimo aspetto, narrato in un caso di separazione sul territorio per motivi di salute che necessitano di ospedalizzazione:

“... lei è stata dimessa subito dall'ospedale perché non aveva niente alla fine ... la sera del giorno dopo le autorità hanno acconsentito, e quindi la nipote è stata fatta scendere e si sono ricongiunti ...”

Infine, in altri casi, su migranti anziani soli e con problemi di salute, la ricerca può essere attivata per trovare un familiare che possa essere di aiuto per un percorso di accettazione della malattia e della cura. Di seguito un estratto dall'intervista 1:

“... Noi abbiamo trovato il fratello, chiaramente lui sapeva che aveva un fratello, ci ha detto che non aveva più contatti con questa persona da quando era arrivato in Libia ... si ricordava che era in un paese dell'unione europea, inizialmente ci aveva detto in Spagna, infatti abbiamo chiesto alla croce rossa spagnola se avevano notizie di questa persona, ci hanno risposto di sì ... e che si era trasferito a Malta. Così tramite la croce rossa maltese siamo riusciti a contattarlo e a organizzare il volo ...”

Cure sanitarie (1 c)

Solo due intervistati riportano di aver accolto migranti anziani che si spostavano per necessità di ricevere cure che non potevano essere effettuate nel proprio Paese (intervista 1, 2). In aiuto per raggiungere questo fine, ci sono i corridoi umanitari intesi come progetti specifici rivolti a migranti vulnerabili e rifugiati. Di seguito un estratto dall'intervista 1:

“... Un nucleo familiare di somali composta da marito e moglie, sui 60-65 anni, migranti di primo arrivo in Italia, non tramite barconi ma con corridoio umanitario ovvero ... selezionati per le loro fragilità psichiatriche accertate, proprio per ricevere delle cure che laggiù non potevano essere erogate ...”

Un altro esempio di necessità di ricevere cure sanitarie è quello narrato nell'intervista 6 rispetto ai profughi ucraini evacuati dal Donbass e accolti presso il Centro Fenoglio di Settimo Torinese.

“... mi hanno contattata per chiedermi la disponibilità di aiutare presso il Fenoglio di Settimo, per l'accoglienza di 32 ucraini con disabilità psichiatriche e fisiche, evacuati da un centro psichiatrico in zona di conflitto ...”

4.2 DIFFERENZE CON IL MIGRANTE GIOVANE

Questo secondo tema raccoglie le differenze riscontrate tra migrante anziano e giovane. Tale categoria emerge attraverso le domande di “contesto di lavoro e beneficiari”, presenti nella sezione due dell'intervista semi-strutturata; nello specifico la domanda di riferimento è “quali differenze si pongono nell'accompagnamento di questi soggetti rispetto agli altri profili con cui siete soliti lavorare?”.

In accordo con i dati mondiali sui migranti accolti, tutti gli intervistati hanno dichiarato di aver incontrato principalmente migranti giovani di età 18-59 anni, e in minima parte over 60. Sono quattro i temi subordinati individuati: percorso di inclusione personalizzato, minore capacità di apprendimento e adattamento, inserimento lavorativo difficoltoso o impossibile, minore predisposizione a instaurare una relazione.

Questo tema ci permette di esplorare le peculiarità del migrante anziano; comprenderle può essere utile per attuare una pratica di integrazione che sia rispettosa di queste specificità e non fallimentare. Attualmente i percorsi e le politiche di integrazione per i migranti giovani, maggiormente presenti nei sistemi di accoglienza, hanno in comune una serie di obiettivi come l'apprendimento della lingua, e l'inserimento lavorativo e abitativo. In virtù di differenti caratteristiche che emergono tra le due fasce di età si può comprendere che lo stesso approccio non è adatto per la popolazione over 60. Nel tema 7b sono sviluppate delle proposte di miglioramento del sistema di accoglienza.

Percorso di inclusione personalizzato (2 a)

La maggioranza degli intervistati suggerisce la necessità di personalizzare i percorsi di inclusione, e fissare gli obiettivi dell'accoglienza e della progettualità futura in base alle caratteristiche della persona (intervista 1, 2, 5, 6, 7, 10).

Viene riconosciuta la complessità del processo di integrazione del migrante anziano, con molteplici variabili che ruotano intorno a lui, rendendo ciascun individuo unico. Una caratteristica che incide sulla progettazione di un percorso di inclusione è, ad esempio, se la persona è autosufficiente oppure no.

In caso di migrante anziano dipendente nelle attività di vita quotidiana si presenta un'alta richiesta assistenziale e necessità di programmazione di interventi mirati al mantenimento delle capacità residue e, se possibile, recupero parziale di alcune di esse. Nell'intervista 5 e 6 viene narrato questo grado di dipendenza in alcuni migranti ucraini. Gli interventi attuati sono stati di supporto alla persona nelle fasi di alimentazione, eliminazione, igiene, vestizione e mobilizzazione. Nello specifico somministrazione di alimenti cremosi e di terapia triturrata, esecuzione di bagni a letto e cambio delle protezioni igieniche a orari stabiliti e al bisogno, vestizione con abiti comodi, programmi di variazioni posturali a letto e mobilizzazione in carrozzina. Alcuni di questi interventi si sviluppano in un ambito collaborativo con professionisti, riprendendo quanto descritto nel tema subordinato 5b.

“... quindi abbiamo cercato di aiutarli, provvedere a della ginnastica passiva nel letto con l'aiuto di fisioterapisti volontari che sono venuti al centro. L'obiettivo era rimmetterli in piedi e farli camminare ...”

L'intervistato 1 lega l'obiettivo della personalizzazione al bisogno di maggiori risorse umane, economiche e strutturali. La rete territoriale può essere uno strumento per reperire ciò di cui si ha necessità, e rispondere a questa complessità. Attualmente i progetti di inclusione si basano, indicativamente, sull'apprendere la lingua italiana, per poter acquisire competenze ed ottenere una collocazione lavorativa. Di seguito un estratto dell'intervista 1:

“... si fa rete con l'esterno per creare al migrante anziano delle opportunità. Il migrante anziano nel centro di accoglienza è un unicum cioè su cento io ne ho tre, e quindi devo andare a costruire per quei tre un percorso più articolato, diverso e specifico rispetto a quello che ho organizzato e standardizzato per il restante 95% degli utenti ..”

Minore capacità di apprendimento e adattamento (2 b)

Un intervistato su due riporta una minore capacità di apprendimento e adattamento nel migrante anziano (intervista 2, 4, 6, 7, 10).

I mutamenti a livello bio-fisiologico e i cambiamenti della vita quotidiana che avvengono con l'avanzare dell'età si ripercuotono sulla sfera psico-sociale dei vari individui. Questo è associato anche a un decadimento delle funzioni cognitive che portano a un calo dell'attenzione, della curiosità intellettuale e del dinamismo. Tali manifestazioni tipiche della senescenza, comportano cambiamenti progressivi nelle relazioni sociali, caratterizzate spesso da ansia, tristezza, impazienza e irritabilità. Questo scenario permette di comprendere come possa essere difficile per un anziano adattarsi a un nuovo contesto, rispondere a nuovi stimoli, e utilizzare al meglio le proprie risorse residue individuali (Levina E. et al, 2019).

Nell'intervista 2 viene esplicitata la maggior difficoltà nell'apprendimento del migrante anziano, riferito in particolare all'insegnamento della lingua italiana:

“... la differenza grande la si vede anche nell'apprendimento dove una persona più giovane ha un'ottima propensione all'apprendimento mentre con una persona più grande è complicato anche riuscire a memorizzare le regole base della grammatica oppure le parole o avere un lessico più complesso. È tutto molto complicato ...”

Invece, nell'intervista 4 viene riportata la difficoltà di adattamento a un contesto nuovo:

“...poi una persona anziana si adatta con molta più difficoltà a un contesto nuovo, a una cultura nuova, a una lingua nuova, quindi fa anche più difficoltà a capire come funzionano le cose qua ...”

Inserimento lavorativo difficoltoso o impossibile (2 c)

Metà degli intervistati riporta un inserimento lavorativo difficoltoso o impossibile per il migrante anziano (intervista 2, 5, 6, 7, 10).

Nell'intervista 6 viene narrato come questa difficoltà possa essere associata a problematiche di salute che rendono la persona inabile al lavoro:

“per la mia esperienza il percorso di uscita era trovare una struttura che li accogliesse, non era minimamente da prendere in considerazione la possibilità di insegnare loro italiano per poi immetterli nel mondo del lavoro per avere una

autonomia. Con loro questo discorso non si poteva fare in quanto totalmente dipendenti in tutto ...”

Nell'intervista 7 viene ripreso quanto esposto nei temi subordinati 2a e 2b, per rimarcare come intorno a un anziano migrante ruotano molteplici fattori; un caso può essere l'individuo che trova il contesto del Paese ospitante di facile inclusione, riuscendo ad apprendere le basi della lingua per essere accompagnato ai servizi e al mondo lavorativo, oppure al contrario la persona che trova difficoltà per limitazioni sanitarie o fisiologiche legate all'anzianità:

“... i fattori che girano attorno a un anziano sono molteplici,, possiamo avere un anziano che arriva da un contesto sociale non troppo faticoso per cui ha studiato. Arriva qui gli diamo le basi per la lingua e cominciamo a fare quello che facciamo con l'utenza normale quindi accompagnamento ai servizi ... diverso è l'anziano che arriva da un contesto socio-economico difficile... diventa pressoché impossibile fargli imparare la lingua, forse si riesce con percorsi lunghi e individualizzati...”

In letteratura sono presenti studi, che intendendo il percorso di integrazione come un processo di interazione tra immigrati e autoctoni, propongono l'utilizzo di specifici indicatori, applicabili al singolo individuo o a gruppi di persone, per valutare il livello di integrazione degli immigrati sul territorio. Questi riguardano la dimensione economica con indicatori come il tasso di disoccupazione o di avviamenti al lavoro, la dimensione sociale con il tasso di nuzialità mista o di ricongiungimenti familiari e, infine, la dimensione culturale con il grado di conoscenza della lingua italiana o il tasso di abbandoni scolastici (Golini A. et al, 2001).

Minore predisposizione a instaurare una relazione (2 d)

Una minoranza degli intervistati riporta un'ultima differenza rilevante tra il migrante giovane e l'anziano: una minore predisposizione da parte di quest'ultimo a instaurare una relazione (intervista 3, 5, 8, 9). Nell'intervista 8 la spiegazione a questo atteggiamento è di natura culturale:

“... ho notato che l'approccio con gli anziani, che hanno come patrimonio culturale la loro tradizione, l'approccio non è facile ...cosa che nei giovani va detto va meglio ...”

Invece sia nell'intervista 5 che nella 9 viene riportato un atteggiamento di chiusura e di pudore legato al genere della persona che si appropria. Entrambe le intervistate sono donne e hanno trovato difficoltà nell'eseguire un trattamento sanitario su un migrante anziano uomo:

“il migrante anziano ha più pudore, anche soprattutto nei confronti di una donna perché noi là eravamo tutte crocerossine, poi alla fine magari riuscivamo a fare tutto. Nella persona anziana un trattamento sanitario veniva più difficile per un loro modo di essere, magari nei loro ospedali ci sono meno infermiere donne ...”

4. 3 PRINCIPALI CRITICITÀ

Questo terzo tema emergente raccoglie le esperienze dei partecipanti allo studio inerenti alle criticità riscontrate durante l'accoglienza del migrante anziano. Tale categoria emerge attraverso le domande di “contesto di lavoro e beneficiari” e “criticità e strategie riscontrate nell'approcciarsi al migrante anziano con problematica di salute”, presenti nella sezione due e quattro dell'intervista semi-strutturata; nello specifico le domande di riferimento sono “quali sono le principali difficoltà?” e “quali sono le criticità riscontrate nell'approcciarsi al migrante anziano con problematica di salute?”.

Per analizzare un fenomeno, la valutazione delle criticità del processo è fondamentale per riflettere su possibili cambiamenti che permettano di raggiungere l'obiettivo desiderato. Sono quattro i temi subordinati individuati: criticità sanitarie, di barriera linguistica e culturale, solitudine e impreparazione degli operatori CA e SAI coinvolti nell'assistenza.

Criticità sanitarie (3 a)

La criticità sanitaria emerge come problematica condivisa tra tutti gli intervistati, con connotazioni sia rispetto a macrocategorie di patologie, che saranno affrontate nello specifico con il tema “problemi di salute”, sia da un punto di vista organizzativo-gestionale.

La valutazione e il trattamento di questioni sanitarie è affidata, per competenze, al professionista sanitario che, come viene riportato, spesso non è costantemente presente nel progetto di accoglienza. Si prevede così che gli operatori debbano essere in grado

di effettuare una valutazione di base, attuare un primo soccorso, e sviluppare competenze per supportare i percorsi di adesione terapeutica e l'accompagnamento a visite programmate:

“... Sono quelle delle sue necessità sanitarie che spesso mettono in difficoltà l'operatore del centro perché il medico lo si ha per poche ore, il personale infermieristico anche ...”

Il personale sanitario afferente nelle strutture di accoglienza è dipende ASL per progetti di sanità pubblica sul territorio oppure di enti privati per garantire la presa in carico assistenziale di bisogni di salute a gestione domiciliare. Il DL 28 Agosto 1997 n.281 “Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome” norma la richiesta del tesserino Straniero Temporaneamente Presente (STP) con codice regionale individuale per identificare e far accedere l'assistito a tutte le prestazioni erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale.

In carenza di personale dipendente delle organizzazioni sanitarie, è da tenere in considerazione che il supporto sanitario in loco spesso è operato da associazioni di volontariato presenti sul territorio; quest'ultime intervengono sia in termini di risorse umane, sia economiche che con la realizzazione di progetti di inclusione sociale. La disponibilità di professionisti è convogliata nei contesti di accoglienza in risposta al bisogno espresso, mossi da ragioni non economiche ma da altruismo, reciprocità e sviluppo delle competenze (Marta E., Scarabini E., 2003).

Il dettaglio dei problemi di salute riscontrati dagli intervistati è approfondito nel tema “Problemi di salute” (4).

Barriera linguistica e culturale (3 b)

La barriera linguistica e culturale emerge come problematica condivisa dalla quasi totalità degli intervistati (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10).

La lingua di un Paese è uno strumento essenziale nel processo di accoglienza di un migrante poiché favorisce l'integrazione sociale e lavorativa. Nel processo di insediamento nel luogo di destinazione e di scoperta di nuovi modelli e abitudini, avvengono una serie di cambiamenti che avvicinano o allontanano dalla cultura del luogo di accoglienza e dalla nuova lingua. In questo processo bisogna, però, tenere

anche conto del ruolo della lingua madre o dell'insieme di quelle già parlate, poiché queste costituiscono un elemento essenziale di scambio (Viale M., 2022).

Nell'intervista 1, 4, 5, 10 viene riportato come capiti che il migrante anziano accolto non parli lingue veicolari come inglese e francese, ma un idioma locale. In questi casi viene anche riportata la difficoltà nel trovare un mediatore culturale specifico per comprendere i bisogni espressi e instaurare una comunicazione efficace:

"... Poi barriera linguistica perché molto spesso le persone anziane non parlano lingue veicolari, è complesso perché ho trovi il mediatore specifico della zona rurale oppure ... esempio era arrivata una signora marocchina berbera e lei parlava solo berbero, non parlava arabo quindi non bastava un mediatore arabofono ma serviva un mediatore arabofono che sapesse anche il berbero ..."

Ci sono anche casi in cui è il professionista che presta assistenza che ha una scarsa conoscenza delle lingue veicolari. Questo rende difficile la comunicazione, l'approccio e la comprensione verso l'altro, come riportato nell'intervista 9:

"...Un'altra appunto è la barriera linguistica che uno sapesse la lingua li tranquillizza, per me che parlo male inglese e francese questa è sempre stata una barriera..."

Nelle interviste 2, 4, 6, 7, 8, 9, emerge come in assenza della figura del mediatore con ruolo di ponte linguistico e culturale, possono verificarsi incomprensioni rispetto ad atteggiamenti assunti o frasi formulate. La parola mediare rimanda al processo di costruzione di punti di incontro fra posizioni opposte; una possibilità di generare relazioni fra le parti e di trovare compromessi che possano venire incontro alle loro diverse aspettative (Castagnone E. *et al*, 2015). Di seguito un estratto dall'intervista 6:

"... un altro signore che avevamo inviato in pronto soccorso ed è poi ritornato al centro, tramite il mediatore culturale ci ha raccontato che veniva legato con la cintura al letto per non scendere. Lui in effetti scendeva ma perché aveva fame e quindi il tutto era finalizzato alla ricerca di cibo. La barriera linguistica non ha aiutato nella comprensione della necessità del signore ..."

Solitudine (3 c)

La solitudine emerge come problematica condivisa da metà degli intervistati (1, 3, 4, 9, 10). Dalle narrazioni risulta come, nella maggior parte dei casi, il migrante anziano arrivi in un Paese da solo, senza una rete familiare, per motivazioni legate a necessità di fuggire da contesti di guerra, carestia e fame:

“... C'erano nuclei familiari ma erano soprattutto adulti che si facevano carico del vicino di casa, perché alcuni erano anziani soli ...”

La solitudine di un anziano può essere il motivo che spinge alla migrazione con l'obiettivo di ricongiungersi con i propri cari, per una presa in carico assistenziale e sociale, come affrontato nel tema 1b.

Con l'invecchiamento, i contatti sociali diminuiscono insieme alle opportunità di fare nuove conoscenze, e l'isolamento è il risultato di questo processo. Cambia la routine di vita, si esce meno, e si hanno meno energie. La letteratura afferma come la solitudine sia un fattore rilevante nel determinare l'aumento della fragilità, e come influisca anche sullo stato di salute e sul benessere psicofisico degli anziani (Courtin e., Knapp M., 2017).

Impreparazione operatori CA e SAI (3 d)

L'impreparazione degli operatori afferenti a CA e SAI è una criticità condivisa da una minoranza (intervista 1, 6).

In particolare, nell'intervista 6 viene riferita una difficoltà marcata, probabilmente legata all'utenza caratterizzata da disabilità fisiche e intellettive, e dal conseguente alto carico assistenziale. Gli operatori possono essere dipendenti oppure prestare la loro opera a carattere volontario. Nel contesto descritto di presenza di volontari di Croce Rossa, il ruolo dei professionisti sanitari è stato quello di addestrare gli operatori su tecniche di corretta igiene personale, mobilitazione e alimentazione:

“un'altra difficoltà sono stati i volontari in turno, alcuni non formati ... ho dovuto spiegare in trenta secondi come cambiare un pannolino o come fare l'assistenza nell'alimentazione o la corretta mobilitazione ... in un contesto ordinario si fa, in un contesto come questo all'inizio mette in difficoltà ...”

In letteratura sono presenti studi che analizzano la percezione degli infermieri sull'utilizzo dei volontari come supporto in ambito sanitario. Generalmente la loro presenza è considerata positivamente e percepita come un apporto benefico agli assistiti. Allo stesso tempo, alcuni professionisti esprimono preoccupazione riguardo alla necessità di supervisione (Crookes K. et al, 2023).

Quanto descritto fino ad ora si collega con l'opinione dell'intervistato 1 rispetto all'impreparazione degli operatori. La maggioranza dei migranti accolti è giovane e gli operatori possiedono le competenze relazionali e tecniche per una loro corretta gestione mentre il transito inferiore di migranti anziani può suscitare difficoltà nel rapportarsi. La necessità di formazione e di conoscenza di questa realtà, è necessaria per l'approccio, la comprensione e l'attuazione di interventi efficaci:

“... Il migrante tipico è un migrante giovane che ha nel 90% dei casi meno dei trent'anni, per cui c'è impreparazione ... il personale normale che lavora in un centro di accoglienza se ha un migrante anziano può avere difficoltà a rapportarsi con lui. È difficile e strano ...”

4.4 PROBLEMI DI SALUTE

Questo quarto tema raccoglie le problematiche di salute riscontrate nei migranti anziani nella fase di accoglienza. Tale categoria emerge attraverso le domande di “problemi di salute dei migranti anziani nei CA e SAI”, presenti nella sezione tre dell'intervista semi-strutturata; nello specifico le domande di riferimento sono “Rispetto agli ospiti anziani che tipo di questioni legate alla salute si sono poste?”, e “sono emersi problemi di salute legati al viaggio o a specifiche condizioni di vita nel paese di origine?”.

Sono quattro i temi subordinati individuati: sindromi psicopatologiche, malattie croniche, patologie di interesse chirurgico, e lesioni cutanee. La prima segnalata da molti, mentre le altre sono riportate da un numero minore di intervistati.

Questo tema fa risaltare come la presenza di problemi di salute sia una condizione che spesso caratterizza il migrante anziano, e di cui tenere conto rispetto alla ricaduta nella vita quotidiana. La valutazione di quest'ultima permette di valutare capacità e bisogni, e di fornire indicazioni per la progettualità e per gli interventi da attivare.

Sindromi psicopatologiche (4 a)

Le sindromi psicopatologiche sono la problematica sanitaria riscontrata da metà degli intervistati (1, 3, 4, 5, 6). Possono essere questioni di salute già diagnosticate nel Paese di origine e motivo di migrazione per sottoporsi a una cura (1 a), oppure diagnosticate nella fase di accoglienza tramite manifestazioni come allucinazioni e stati di aggressività, come descritto nell'intervista 1:

“... gli hanno diagnosticato un disturbo della personalità borderline che dava delle allucinazioni e creava questi stati di aggressività ...”

Tra le sindromi psicopatologiche sono narrati stati d'ansia, disturbi bipolari, disturbi ossessivi-compulsivi e stati comportamentali iper o iporeattivi. Di seguito un estrapolato dell'intervista 6:

“... mi viene in mente un altro signore di nome Valentin, con una mania ossessiva compulsiva rispetto alla pulizia degli ambienti. Passava tutto il giorno a raccogliere da terra spazzatura varia e a buttarla nei cestini ...”

Quanto descritto è coerente con la letteratura che riporta come la salute mentale dei migranti sia da tenere in considerazione (Cimino L., 2015). Il percorso di immigrazione è ritenuto fonte di stress e fattore di rischio per lo sviluppo di patologie mentali (Bustamante LHU. et al, 2017).

Malattie croniche (4 b)

Le malattie croniche sono la problematica sanitaria riscontrata da quattro intervistati (2, 4, 5, 6). Vengono narrate come malattie già conosciute nel Paese di provenienza ma non approfondite adeguatamente, oppure individuate nella fase di accoglienza. Di seguito un estratto dall'intervista 2:

“...nel momento in cui sono arrivati in Italia facendo visite di routine sono emerse altre cose che la signora non sapeva di avere. Nello specifico dei problemi di cuore, di asma che sono purtroppo degenerati...è anche affetta da diabete di tipo due ...”

Le patologie cardiache, respiratore, metaboliche sono le categorie riscontrate dai narratori, e la maggiormente citata è il diabete mellito. Diversi studi affermano come effettivamente ci sia una crescente prevalenza di patologie croniche nei migranti

irregolari, per il progressivo invecchiamento e l'acquisizione di stili e abitudini nuovi (Buja A. et al, 2013).

Patologie di interesse chirurgico (4 c)

Le patologie a interesse chirurgico sono la problematica sanitaria riscontrata da tre intervistati (7, 8, 10). Le problematiche riferite sono di ernie e operazioni agli occhi come la cataratta. Di seguito un estratto dall'intervista 7:

"... il signore pakistano aveva un problema di ernia inguinale, già operato ma qualcosa è andato storto, per cui è stato rioperato ..."

Lesioni cutanee (4 d)

Le lesioni cutanee sono una problematica sanitaria riscontrata da due intervistati (5, 9). Vengono riferite come causate dal viaggio di migrazione intrapreso e, in alcuni casi, favorite dalla presenza di patologie croniche (4 b). Di seguito un estratto dall'intervista 5:

"... un signore arrivato con febbriattola per l'influenza e abbiamo poi scoperto che non era perché aveva mal di gola ... ma perché aveva delle ulcere alle gambe per problemi di vascolarizzazione ..."

Alla domanda "Sono emerse narrazioni della malattia e/o richieste di cura riconducibili alle pratiche legate al contesto di origine?", tutti gli intervistati hanno riferito di non aver avuto esperienza rispetto a questo tipo di richiesta.

4.5 RISORSE PER LA GESTIONE DELLE CRITICITÀ

Questo quinto tema raccoglie le risorse utilizzate dai partecipanti per la gestione delle criticità riscontrate. Tale categoria emerge attraverso le domande di "contesto di lavoro e beneficiari" e "criticità e strategie riscontrate nell'approcciarsi al migrante anziano con problematica di salute", presenti nella sezione due e quattro dell'intervista semi-strutturata; nello specifico le domande di riferimento sono "come sono state gestite le problematiche di salute?", "quali sono le risorse messe in campo per la gestione di queste difficoltà?" e "quali sono le strategie attuate nell'approcciarsi al migrante anziano con problematica di salute?".

Sono tre i temi subordinati individuati: mediatore culturale, operatori e figure professionali, e rete familiare o comunità di appartenenza.

Mediatore culturale (5 a)

La figura del mediatore culturale è ritenuta una risorsa fondamentale per la gestione delle problematiche di salute di un migrante anziano (intervista 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10). Il suo ruolo è emerso con le domande sopracitate, ed è stata ulteriormente indagata con la domanda “è stato necessario fare ricorso a mediatori culturali per parlare di questioni di salute?”, nella sezione tre dell’intervista semi-strutturata. Viene narrato nell’intervista n. 2 come non sempre il mediatore culturale sia una figura presente nei servizi sanitari rivolti ai migranti, con procedure di attivazione spesso sconosciute. Il suo ruolo è di mediazione tra la persona e la figura sanitaria, per la comprensione delle due parti, della problematica di salute, del decorso clinico-assistenziale e per favorire l’aderenza terapeutica:

“per la comprensione delle patologie ci ha aiutato la figura del mediatore culturale, richiediamo sempre la sua presenza durante la visita, e ci accertiamo che tutto quello che viene spiegato dal medico sia adeguatamente spiegato alla signora, che sia compreso... dopo la visita è sempre previsto un momento magari a casa della persona, in cui si fa il punto della situazione ...”.

In letteratura troviamo modelli di malattia come patologia (disease) e come esperienza di malattia (illness). Spesso nell’incontro con un migrante si creano dei conflitti d’interpretazione. Capita che il professionista sanitario tenda a riconoscere la malattia solo come patologia, e a trasmettere informazioni tecniche sulla cura, mentre il malato chieda non solo un rimedio ma anche spiegazioni significative a livello personale e sociale, e cure psicosociali per il disagio causato dalla malattia (Quaranta I., 2006). Per questo motivo il mediatore culturale è ritenuto fondamentale poiché la barriera linguistica/culturale genera interpretazioni spesso errate, e alla base della nascita di conflitti. Di seguito un estratto dell’intervista 7:

“a volte si parlano ma non si capiscono, c’è un errore di interpretazione, per loro è molto difficile spiegare... grande classico il migrante che dice “ho male al corpo” con il medico che risponde “hai male al corpo in che senso?”

Nell'intervista 4 emerge la possibilità e che il migrante anziano parli idiomi locali, per cui viene difficile trovare mediatori specifici per la lingua di interesse. Capita quindi che ci si avvalga o di familiari o di connazionali come ponte linguistico, come narrato nell'intervista 4:

“... non avevamo mediatori che parlavano lo stesso dialetto... con il berbero trovavamo sempre qualcuno che conosceva il berbero e ci dava una mano. Gli altri ospiti di fronte a persone anziane sono di aiuto ...”

Spesso nella relazione con il migrante anziano si pongono degli ostacoli alla comprensione del ruolo dei fattori psicosociali e culturali nella malattia; una consapevolezza sul ruolo del mediatore culturale e sui risvolti positivi che può dare una mediazione dovrebbe essere uno stimolo per operatori e professionisti dell'accoglienza, e in generale dei servizi afferenti, per richiedere la sua presenza.

Operatori e figure professionali (5 b)

La maggioranza degli intervistati ritiene che gli operatori e le figure professionali siano risorse utili per la gestione delle problematiche di salute di un migrante anziano (intervista 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10). Dalle interviste emerge un contesto di accoglienza attorno al quale ruotano molteplici e differenti operatori e professionisti, alcuni su base volontaria. Si tratta di psicologi, fisioterapisti, operatori dell'accoglienza, e anche medici e infermieri. Il contatto avviene direttamente nei CA e SAI, oppure per ospedalizzazione del migrante. Sono state espresse solo opinioni positive rispetto all'incontro con questa figura, come emerge dall'intervista n.1:

“.. ho riscontrato grandissima professionalità e disponibilità perché un medico di questo reparto se l'è preso in carico. Tutte le volte che veniva ricoverato era sempre lei che si occupava di lui ...”

Tali figure sono considerate una risorsa principalmente per caratteristiche personali di predisposizione all'incontro con il migrante, e competenze trasversali di soft skill, come descritto nell'intervista 5:

“... tanto era delegato alla fantasia della persona che approcciava a queste persone, e il cercare ogni volta di aprire quella piccola comunicazione... con alcune persone magari bisognava essere più duri e con altri più scherzosi, con altri più affettuosi, con

altri distaccati, non c'era una modalità univoca e la chiave vincente era quella di conquistarsi la fiducia di queste persone ...”

La quasi totalità degli intervistati non ha risposto alla domanda “nell’incontro con eventuali servizi di cura esterni quali criticità e elementi positivi sono emersi?”, della sezione tre dell’intervista semi-strutturata; la motivazione data è l’aver gestito il migrante anziano in loco ma il non aver tenuto direttamente i contatti con i servizi di cura esterni, non potendo quindi esprimere un’opinione rispetto a criticità e elementi positivi. Invece le risposte ottenute da tre intervistati non fanno emergere criticità e l’elemento positivo è rappresentato dalla disponibilità e capacità dei professionisti sanitari di relazionarsi con il migrante anziano. Di seguito un estratto dall’intervista 7: “... per fortuna il suo medico di base è stato molto disponibile, lo ha aiutato tantissimo... lo aveva preso a cuore e lo ha molto accompagnato ...”

Rete familiare e comunità di appartenenza (5 c)

La maggioranza degli intervistati ha individuato una terza risorsa nella rete familiare e nella comunità di appartenenza, per la gestione delle problematiche di salute (intervista 1, 2, 4, 7, 9, 10). La famiglia e la comunità vengono descritti come un nucleo di accoglienza dell’anziano migrante, come presa in carico totale o supporto nella gestione di interventi di salute. Come descritto nel tema “principali criticità” e “differenze con il migrante giovane”, la minore capacità di adattamento e apprendimento (2 b), le problematiche sanitarie (3 a), e la barriera linguistica e culturale (3 b), possono portare il migrante anziano a difficoltà gestionali rispetto al percorso terapeutico; le fasi di comprensione della patologia, l’esecuzione di esami, il concordare un percorso terapeutico e la gestione farmacologica possono essere ritenute complesse; in questo contesto si inserisce il supporto e, in alcuni casi, l’affidamento totale alla propria rete sociale, come narrato nell’intervista n.2:

“... è autonoma dal punto di vista dell’assunzione e conosce perfettamente il suo piano terapeutico ...non è autonoma dal punto di vista della richiesta dei farmaci, quindi prescrizione del medico e acquisto in farmacia, questa è una cosa per cui fa totalmente affidamento ai suoi figli ...”

Nell'intervista n.10, nello specifico, viene affrontato il ruolo della comunità di connazionali che prende in carico il migrante anziano con tutti i suoi bisogni. Ne emerge una riflessione che parte dal contesto attuale e immagina un futuro in cui il numero di anziani migranti sarà in aumento. Attualmente la rete di connazionali riesce ad accogliere gli anziani impiegando risorse e mezzi per far fronte alle loro necessità, ma se il loro numero aumenta questa presa in carico potrebbe non essere più garantita: *"... Funziona quando la comunità se ne prende carico ma se domani ne arrivano molti di più di quelli che arrivano ora, la comunità stessa di appartenenza come fa? ..."*

Questo tema subordinato racchiude una risposta alla domanda "Quale ci si aspetta che possa essere il percorso nel sistema di accoglienza per i migranti anziani incontrati? E quali strategie di uscita?", nella sezione 5 dell'intervista semi-strutturata. Nel caso del migrante anziano solo e con problematiche di salute attive, la presa in carico avviene nella rete familiare oppure nella comunità di appartenenza; nel caso entrambe vengano a mancare, oppure sussistano difficoltà gestionali importanti, è opinione condivisa che l'ultima possibilità sia l'accoglienza in strutture territoriali. Di seguito un estratto dall'intervista 9:

"... il migrante anziano se non ha un familiare a cui viene affidato, secondo me può andare solo in casa di riposo ..."

4.6 REAZIONI EMOTIVE CHE SUSCITA L'INCONTRO CON UN MIGRANTE ANZIANO

Questo sesto tema raccoglie le reazioni emotive che suscita l'incontro con un migrante anziano. Tale categoria emerge attraverso le domande di "emozioni e proposte di miglioramento", presenti nella sezione cinque dell'intervista semi-strutturata; nello specifico la domanda di riferimento è "Quali reazioni emotive suscita l'incontro con un migrante anziano?". Sono tre i temi subordinati individuati: tenerezza, preoccupazione e tristezza. Risulta quindi che l'incontro non porta a indifferenza ma suscita un sentimento di attenzione e vicinanza emotiva.

Tenerezza (6 a)

La tenerezza è la reazione emotiva maggiormente condivisa (intervista 3, 5, 6, 7, 9). La spiegazione che viene data per la nascita di questo sentimento è legata al riconoscimento nell'anziano del suo stato di fragilità, e al senso di protezione che ne scaturisce:

“... sicuro tenerezza e voglia di protezione maggiore. La stessa tenerezza che potrebbe fare un bambino in certi momenti ...”

Preoccupazione (6 b)

La preoccupazione è la seconda reazione emotiva maggiormente condivisa (intervista 1, 2, 8, 10). Questo sentimento nasce per un'immedesimazione rispetto al percorso di migrazione, alle difficoltà che possono incontrare e alle prospettive future; per questi motivi gli intervistati riferiscono di aver maggiore predisposizione nell'aiuto e nell'ascolto delle richieste:

“... ti dà più preoccupazioni cioè pensi che per lui è stato difficoltoso e mi sento più trasportato nei suoi confronti perché ti viene maggiormente da aiutarlo, da ascoltarlo se ha qualche richiesta da fare ...”

Tristezza (6 c)

La tristezza è la reazione emotiva riferita da una minoranza degli intervistati (4,9,10). Questo sentimento riprende in parte quanto descritto per la preoccupazione (6 b); legato al concetto delle difficoltà che possono incontrare vi è un dispiacere circa il vissuto e la mancanza di tranquillità:

“... tristezza perché mi dispiace che debbano vivere in situazioni scomode e rischiose quindi che non possa stare tranquillo ...”

4.7 PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA DI ACCOGLIENZA

Questo settimo tema raccoglie le proposte di miglioramento del sistema di accoglienza. Tale categoria emerge attraverso le domande di “emozioni e proposte di miglioramento”, presenti nella sezione cinque dell'intervista semi-strutturata; nello

specifico la domanda di riferimento è “Che cosa manca al sistema di accoglienza per farsi carico dei bisogni di questo profilo di migranti?”. Sono due i temi subordinati individuati: l’implementazione di risorse e progetti di integrazione, e la presa di consapevolezza della presenza del migrante anziano.

Implementazione risorse e progetti di integrazione (7 a)

La quasi totalità delle persone intervistate è concorde nell’affermare che vi è una necessità di implementare le risorse e i progetti di integrazione rivolti ai migranti anziani (intervista 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). Rispetto alle risorse, viene espressa una mancanza dal punto di vista economico e umano per avviare e attuare progetti, come emerge dall’intervista n.7:

“... mancano le risorse, in termini di soldi per fare cose. Ogni attività, ogni tentativo di investire su formazione e accompagnamento alla persona deve essere calcolata al centesimo sennò non fai nulla ...”

Le idee maggiormente condivise riguardano lo sviluppo di attività a carattere inclusivo e socialmente utili, come la creazione di spazi distensivi e iniziative mirate a mantenere le funzionalità residue, a garantire una autonomia quando possibile e far sentire la persona parte della società. Di seguito un estratto dall’intervista n.9:

“un centro di migranti anziani che ho in mente è un centro con un pezzo di campagna in cui si fanno lavorare, tenere gli animali, far fare dei lavoretti utili ... se uno coltiva l’orto poi mangia la verdura. Non so, far fare anche dei lavori socialmente utili, anche di artigianato, di lettura ... se la persona è impegnata si sente più serena e si sente utile ...”

La letteratura degli ultimi anni viene in supporto a quanto appena descritto, affermando il rapporto positivo tra attività fisica e salute nell’anziano. Infatti, l’esercizio rinvigorisce e vitalizza tutte le facoltà del corpo e della mente (Hemmeter U.M., Ngamsri T., 2003)

Presa di consapevolezza della presenza del migrante anziano (7 b)

La maggioranza degli interlocutori è concorde nella necessità di prendere consapevolezza dell’esistenza del migrante anziano sul territorio (intervista 1, 2, 4, 5, 6, 8, 10). La sua presenza si ritiene sia sottovalutata probabilmente perché rappresenta

una percentuale minima rispetto alla fascia giovanile. Questo tema subordinato si collega al precedente (7a): prendere coscienza dell'esistenza di questa realtà, e delle sue caratteristiche, porta automaticamente al porsi obiettivi e a attuare strategie per raggiungerli. Di seguito un estratto dall'intervista 1:

“... la concezione che esiste questo tipo di migrante. Secondo me è sottovalutato ...”

5. CONCLUSIONE

Questo studio ci ha permesso di descrivere la realtà del migrante anziano all'interno dei CA e SAI, tramite una indagine qualitativa rivolta a professionisti sanitari e operatori dell'accoglienza. La riflessione con gli intervistati a partire da episodi concreti vissuti, ha portato alla descrizione di una realtà complessa. Sono molte le sfaccettature emerse rappresentate dai sette temi e dalle rispettive unità subordinate.

Nelle fasce giovanili la migrazione è prevalentemente legata a questioni economiche rispetto al miglioramento del proprio status sociale; e in via secondaria, in termini quantitativi, a fattori socio-politici di instabilità per presenza di guerre e conflitti. Nei migranti anziani, oltre a quest'ultimo fattore, sono invece più presenti le necessità di cure sanitarie, e la presa in carico familiare tramite ricongiungimento.

Ulteriori differenze con il migrante giovane sono la minore predisposizione a instaurare una relazione, la minor capacità di apprendimento e adattamento nel contesto del paese ospitante, il conseguente inserimento lavorativo difficoltoso o impossibile e la necessità di percorsi di inclusione personalizzati.

Le principali criticità riportate sono le situazioni sanitarie note oppure rilevate nella fase di accoglienza; spiccano le sindromi psicopatologiche, seguite da malattie croniche, patologie di interesse chirurgico e lesioni cutanee causate dal viaggio intrapreso. Tra le problematiche riferite c'è anche la solitudine, l'impreparazione degli operatori di CA e SAI, e la barriera linguistica e culturale. Quest'ultima crea spesso incomprensioni e conflitti tra le parti, rendendo difficile la realizzazione di una progettualità.

Le risorse attuate per far fronte a queste criticità sono la figura del mediatore culturale per l'abilità di creare un punto di incontro interpretativo, e operatori e figure professionali che ruotano intorno all'accoglienza come fulcro strategico per la rilevazione dei bisogni e l'attuazione di interventi efficaci. In quest'ultima categoria spicca la figura sanitaria con connotati positivi in termini di presenza e capacità di relazione. L'ultima risorsa individuata è la rete familiare e la comunità di appartenenza, con un ruolo di presa in carico assistenziale e di supporto nel mantenimento di capacità residue.

Il contatto con il migrante anziano non genera indifferenza ma reazioni emotive di tenerezza, preoccupazione e tristezza; queste sono suscitate dal pensiero del vissuto migratorio e dal riconoscimento di una fragilità fisiologica e intrinseca alla condizione geriatrica.

Infine, tra le proposte di miglioramento del sistema di accoglienza viene evidenziato come ci vorrebbe una maggiore consapevolezza della presenza del migrante anziano nel contesto di accoglienza. Questo punto di partenza si collega con la successiva necessità di implementare le risorse (economiche, umane e strutturali) e i progetti per favorire la loro inclusione nella società. Attualmente le prospettive di un migrante anziano che esce dalla fase di accoglienza sono l'autonomia e la possibilità di inclusione lavorativa per il mantenimento delle capacità cognitive e fisiche residue, la presa in carico assistenziale da parte del nucleo familiare o della comunità di appartenenza, e infine l'istituzionalizzazione in strutture territoriali nei casi più complessi. Tra le proposte di miglioramento del sistema di accoglienza vi sono la creazione di circoli per anziani e di spazi in cui possano svolgere delle attività socialmente utili come giardinaggio e distribuzione pasti in una mensa.

Madeleine Leininger è stata la prima infermiera a rendere il fenomeno migratorio oggetto di riflessione delle scienze infermieristiche, col fine di garantire un'assistenza infermieristica culturalmente congrua. I bisogni di salute si evolvono con la società e, di pari passo, il sistema sanitario deve riorganizzarsi. Le prospettive future dell'infermiere sono di ruolo attivo nella comunità e nei luoghi dell'accoglienza, come colui che effettua un'analisi dei bisogni di salute, è garante della tutela della fragilità del migrante anziano, promuove progetti di integrazione e di promozione alla salute

soprattutto in coloro che mostrano criticità sanitarie, mette in atto un'assistenza infermieristica centrata sulle opportunità, applica interventi di empowerment, e valuta l'efficacia di interventi e progetti. Per questi motivi risulta anche essere un ambito di sviluppo professionale.

La conoscenza di questo fenomeno è utile per un primo approccio a livello territoriale, ma permette di affrontare meglio questa sfida anche nel contesto ospedaliero. Dovendo attuare un approccio olistico e transculturale alla persona, spesso il dualismo sanitario-persona assistita è superato dalla necessità di richiedere la presenza del mediatore culturale o dell'antropologo, per la comprensione del bisogno di salute e l'attuazione di interventi assistenziali culturalmente congrui.

Un'altra riflessione è che, attualmente, la presenza dei migranti anziani è rappresentata da una percentuale minima che ha un peso sociale e di salute contenuto. In previsione di un aumento della loro presenza potrebbe essere utile avere una idea già chiara di percorsi efficaci da attuare rispetto ad accoglienza, gestione e integrazione. Questo tenendo anche conto che il migrante che arriva verosimilmente continua a invecchiare nel nostro Paese sommandosi con la popolazione anziana autoctona, con un impatto in termine di peso sociale e di salute non indifferente (Warnes A. et al, 2004).

Lo studio qui presentato ha una finalità esplorativa di una questione emergente e ancora poco studiata, ed è oggetto ai limiti di una ricerca condotta individualmente, su un campione limitato, e condizionata dall'interpretazione del ricercatore, come tutti i lavori di questo tipo. Ulteriori ricerche sono necessarie per approfondire la tematica, integrare la scarsa letteratura attuale e creare evidenze scientifiche che possano guidare l'agire dei professionisti e le politiche future.

BIBLIOGRAFIA

- Anzalone M., Carpaneto D. (2019) Flussi e correnti. *In: Anzalone M., Carpaneto D. E se fossero persone? Dalla teoria alle pratiche: un'analisi trasversale del fenomeno dell'accoglienza ai migranti in Italia.* Milano: Franco Angeli, 4 – 14.
- Buja, A., Gini, R., Visca, M. e al (2013) *Prevalence of chronic diseases by immigrant status and disparities in chronic disease management in immigrants: a population-based cohort study.* Valore Project. BMC Public Health, 13, 1-7.
- Bustamante LHU, Cerqueira RO, Leclerc E. et al (2017) *Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review.* Braz J Psychiatry. 19;40(2):220-225.
- Castagnone E., Cingolani, P., et al (2015). *La salute come diritto fondamentale: esperienze di migranti a Torino.* Il mulino.
- Carbone, G., Casola, C., Albanese, et al (2020). *Cause di migrazione e contesti di origine.* Tau editrice.
- Cimino, L. (2015) *Migrazione e salute mentale: un problema emergente.* Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza.
- Council of Europe (2020) *COMPASS. Manual for Human Rights Education with Young People.* Strasbourg.
- Courtin E., Knapp M.(2017) *Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review.* Health & social care in the community, 25(3), 799-812.
- Crookes K., Saunders R., Kemp V. et al (2023). *Nurses' perceptions of using volunteer support in health care settings: A systematic scoping review.* International Nursing Review, 70(3), 405-414.
- Dal Molin, A., Grosso, M., Petterino, A. (2006). *Immigrati in Pronto Soccorso: accogliere, capire, curare.* Emergency Care Journal, 3, 34-38.
- Decreto Legge n.281 *Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome.* 1997
- Decreto Legge n.130 *Disposizioni urgenti in materia di immigrazione e sicurezza.* 2020.
- Decreto Legge n.20 *Disposizioni urgenti in materia di flussi di ingresso legale dei lavoratori stranieri e di prevenzione e contrasto all'immigrazione irregolare.* 2023.

- Della Puppa, F. (2015) *Il ricongiungimento familiare in Europa e in Italia. Politiche, ambivalenze, rappresentazioni*. Autonomie locali e servizi sociali, 38(2), 187-164.
- Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (2019) *Codice Deontologico delle professioni infermieristiche*. Roma.
- Golini A., S. Strozza, F. Amato (2001) *Un sistema di indicatori di integrazione. Un primo tentativo di costruzione*, in G. Zincone, pp 85-156.
- Hemmeter, U. M., & Ngamsri, T. (2022) *Physical activity and mental health in the elderly*. Praxis, 110(4), 193-198.
- Istituto Nazionale di Statistica (2023) *Migrazioni interne e internazionali della popolazione residente – anno 2021*. Roma.
- Kleinman A., Berson P. (2006) *Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it*. Plos Med 3(10)
- Larkin, M., Flowers, P., Smith, P.J.A. (2009) *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. Great Britain: SAGE Publications.
- Legge n. 46 *Disposizioni urgenti per l'accelerazione dei procedimenti in materia di protezione internazionale, nonché per il contrasto dell'immigrazione irregolare*. 2017
- Leininger, M. (1991). The theory of culture care diversity and universality. *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*, 5-68.
- Leininger M., McFarland M. (2004) *Infermieristica transculturale. Concetti, teorie, ricerca e pratica*. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Levina I., Ukolova, L., Lavrentyeva, E. Y., et al (2019) *Elderly people social and psychological adaptation to nursing home conditions*. International Journal of Applied Exercise Physiology, 8(2.1), 257-265.
- Marta E., Scabini E. (2003) *Giovani volontari*. Firenze: Giunti.
- McFarland A., MacDonald E. (2019) *Role of the nurse in identifying and addressing health inequalities*. Nursing Standard, 34(4).
- Ministero dell'Interno (2022) *Atlante SAI 2022*. Roma.
- Morrone A. (2009) *Oltre la tortura. Percorsi di accoglienza con rifugiati e vittime di tortura*. Roma: Edizioni Magi, 19.
- Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (2017) *Fattori di spinta e di attrazione della migrazione legata all'asilo. Una rassegna della letteratura*. Maastricht.

- Parlamento Europeo (2023) *Perché le persone migrano? Esplorare le cause dei flussi migratori*. Bruxelles.
- Quaranta, I. (2006). *Antropologia Medica. I Testi Fondamentali*. Raffaello Cortina Editore.
- Sandblom, M., & Mangrio, E. (2017). *The experience of nurses working within a voluntary network: a qualitative study of health care for undocumented migrants*. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(2), 285-292.
- Sampaio, D. (2022) *Migration, Diversity and Inequality in Later Life: Ageing at a Crossroads*. Springer Nature.
- Sasso L., Bagnasco A., Ghirotto L. (2015). *La ricerca qualitativa – Una risorsa per i professionisti della salute*. Edra – Masson.
- Seppilli, T. (1996) *Antropologia medica: fondamenti per una strategia*. Rivista della Società italiana di antropologia medica, 1(1-2).
- Schlotheuber A, Hosseinpoor A. (2022) *Summary measures of health inequality: a review of existing measures and their application*. *Int J Environ Res Public Health*. 19(6):3697.
- Smith, J. A., Osborn M. (2003). *Interpretative phenomenological analysis*. In J.A. Smith. *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (pp, 59-69). London: Sage.
- Smith J. A., Osborn M. (2008). *Interpretative phenomenological analysis*. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (pp. 53–80). London: Sage.
- Smith J. A., Flowers P., Larkin M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis*. London: Sage.
- Rohrmann S. (2020) *Epidemiology of Frailty in Older People*. *Advances in experimental medicine and biology*. 1216:21-27.
- Tosun, B., Dirgar E., Pehlivan K., Atay E., Yava A., Leyva-Moral J.M. (2023) *Examination of individualised care behaviours and ethnocentrism of nurses caring for refugees: A descriptive and exploratory study*. *Journal of Clinical Nursing*, 32(15-16), 5084-5092.
- Tschudin V, Davis AJ (2008) *The Globalisation of Nursing*. Radcliffe Publishing Ltd., Abingdon, Great Britain.

UNHCR (2023) *Global Trends 2022*. Copenhagen.

Viale M. (2022). *Guida per l'inclusione linguistica dei migranti (Vol. 34)*. Ediciones Universidad de Salamanca.

Warnes A., Friedrich K., Kellaheer L., Torres, S. (2004) *The diversity and welfare of older migrants in Europe*. *Ageing & Society*, 24(3), 307-326.

Wiseman, R.F., Roseman, C. (1979). *A typology of elderly migration based on the decision making process*. *Economic Geography*, 55(4), 324-337.

ALLEGATI

ALLEGATO 1

INTERVISTA SEMI-STRUTTURATA

Sessione 1: Caratteristiche intervistato

- Profilo di appartenenza/ruolo
- Esperienza rispetto ai migranti
- Contesto attuale in cui opera

Sezione 2: Contesto di lavoro e Beneficiari

- Chi sono normalmente le persone che stanno all'interno dei vostri progetti di accoglienza?
- Quando vi è capitato per la prima volta di accogliere migranti anziani? Esempi concreti (età, paese di provenienza, tipo di contesto familiare, ecc...)
- Quali differenze si pongono nell'accompagnamento di questi soggetti rispetto agli altri profili con cui siete soliti lavorare?
- Quali sono le principali difficoltà?
- Quali sono le risorse messe in campo per la gestione di queste difficoltà

Sezione 3: Problemi di salute dei migranti anziani nei Centri di Accoglienza (CA) e SAI

- Rispetto agli ospiti anziani che tipo di questioni legate alla salute si sono poste? (raccolgere esempi legati a casi concreti, non risposte generiche)
- Come sono state gestite?
- Nell'incontro con eventuali servizi di cura esterni quali criticità/quali elementi positivi sono emersi?
- E' stato necessario fare ricorso a mediatori culturali per parlare di questioni di salute?
- Sono emerse narrazioni della malattia e/o richieste di cura riconducibili alle pratiche legate al contesto di origine?
- Sono emersi problemi di salute legati al viaggio o a specifiche condizioni di vita nel paese di origine?

Sezione 4: Criticità e strategie riscontrate nell'approcciarsi al migrante anziano

- Quali sono le criticità riscontrate nell'approcciarsi al migrante anziano con problematica di salute?
- Quali sono le strategie attuate?

Sezione 5: Emozioni e proposte di miglioramento

- Quali reazioni emotive suscita l'incontro con un migrante anziano?
- Quale ci si aspetta che possa essere il percorso nel sistema di accoglienza per i migranti anziani incontrati? E quali le strategie di uscita?
- Che cosa manca al sistema di accoglienza per farsi carico dei bisogni di questo profilo di migranti?

RINGRAZIAMENTI

Un ringraziamento va alla Dott.ssa Laura Ferrero per il supporto nella realizzazione della tesi con il progetto PNRR Age-It.

Un altro ringraziamento va all'ODV Croce Rossa Italiana – Comitato di Torino per aver messo a disposizione i propri locali per la conduzione delle interviste, e ai volontari che si sono resi disponibili a partecipare allo studio.

Infine, un ringraziamento va alla mia famiglia e agli amici di sempre, che appoggiano le mie continue folli idee di studio.