PATOLOGIE EMERGENTI E RIEMERGENTI

Globalizzazione, Migrazione, Salute e Vaccini

Giovedì 6 novembre 2008, ore 08.30 – 16.30

CAMERA DEI DEPUTATI
Palazzo Marini - Sala delle Conferenze
Via del Pozzetto, 158 Roma

L'IMPATTO DELL'IMMIGRAZIONE SULLA SALUTE PUBBLICA

Prof. Aldo Morrone, Dott. Ottavio Latini
Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP)

Il fenomeno migratorio nel contesto Nord-Sud

Nel corso della storia, le popolazioni hanno dovuto abbandonare i luoghi di origine e cercare la sicurezza altrove per evitare persecuzioni, i conflitti armati, la povertà e la violenza politica. Attualmente, è la povertà crescente che sta spingendo le popolazioni a muoversi alla ricerca di un lavoro. Le immagini di una vita migliore in altre parti del mondo sono mostrate dai mass-media che arrivando anche nelle zone e nelle Comunità più remote. La crescente disparità nella ricchezza fra il nord ed il sud del mondo, i crescenti bisogni dei giovani e nel lavoro relativamente poco costoso nel nord suggeriscono che questa tendenza migratoria continuerà. I cambiamenti economici, demografici, tecnologici e lavorativi che avvengono in molti paesi del nord richiedono che gli individui si possano muovere più o meno allo stesso modo delle merci - liberamente e senza preavviso.

La realtà dell'immigrazione, che ha rimescolato completamente gli aspetti demografici umani, ha soltanto da poco cominciato ad interessare l'Italia. Per la sua posizione geografica e la mancanza di politiche sull' immigrazione, l'Italia si è trasformata nella porta di ingresso dell'Europa per migliaia di immigranti dagli anni 80. I flussi migratori tipicamente sono indirizzato verso i paesi che si pensano prosperosi ed ospitali. Il viaggio comprende sempre il rischio di pericolo e di malattia. La parola stessa in sé ha legami semantici con la malattia. In greco il nome αδεααμεα ed il verbo αδεααμαι originalmente significavano viaggio per risedere in un paese straniero. La migrazione ha fatto sempre parte della storia umana, dall'origine ai giorni nostri.

La mobilità è il sale del progresso. Gli antropologi ritengono che le idee viaggiassero, mentre gli individui rimanessero stanziali. Oggi capiamo che le idee camminano con le gambe degli uomini. Sessanta, settanta mila anni fa, l' homo sapiens era già tecnicamente competente, in grado di adattarsi ad una varietà di ambienti. Quando le popolazioni crescevano e arrivavano sul punto di saturazione in termini di densità, il desiderio di emigrare e cercare gli spazi vuoti aumentò. All'inizio di nuovo millennio, la migrazione - il movimento delle persone da una zona ad un altro per periodi di tempo variabili - è diventato più evidente. L'instabilità politica crescente accoppiata con il fatto che lo sviluppo economico sta stagnando in molti paesi significa che lo sradicarsi e lo

spostarsi - sia per motivi politici, ambientali o economici - probabilmente continueranno e si trasformeranno in una sfida ancor maggiore per la sanità pubblica. Il dibattito sulla salute nel contesto della globalizzazione fin qui si è concentrato sul movimento delle merci e sul commercio con una certa attenzione solo alle persone nella misura in cui forniscono servizi. Relativamente poca attenzione è stata prestata dalla Comunità Internazionale ai gruppi più vulnerabili nel contesto della migrazione. Tuttavia l'importanza del fenomeno migratorio, sia forzato che volontario, regolare ed irregolare, suggerisce che ponendo poca attenzione a questi gruppi, si corre il rischio che in molte situazioni, gli individui e i gruppi rimarranno socialmente esclusi ed incapaci di accedere ai trattamenti sanitari che sono loro dovuti come esseri umani e che sono richiesti per un efficace azione di sanità pubblica e coesione sociale in un mondo sempre più in movimento. Va riconosciuto che i problemi sanitari per le popolazioni migranti rappresentano una problema importante sia di diritti dell'uomo che di sanità pubblica.

Il Sistema Sanitario Nazionale e l'immigrazione in Italia

Il Sistema Sanitario Nazionale italiano (SSN) fu istituito nel 1978 (legge n.833 23 dicembre, 1978), è un sistema pubblico che garantisce l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini senza distinzioni di sesso, residenza, età, reddito e lavoro. È fondato su due principi di universalità (tutti i cittadini sono uguali ed hanno gli stessi diritti) e di accessibilità. Dall'inizio degli anni novanta il SSN ha subito un processo della decentralizzazione, conferendo una progressiva maggior autonomia alle regioni. Di conseguenza, attualmente il SSN funziona su un livello centrale e uno regionale a diverse responsabilità. A livello centrale lo Stato ha la responsabilità di assicurare il diritto alla salute a tutti i cittadini attraverso un sistema di garanzie costituzionali ed attraverso la fornitura dei livelli essenziali di assistenza (LEA). A livello regionale, le regioni hanno la responsabilità diretta sul proprio territorio di rendere possibili gli obiettivi di salute del paese. Le regioni hanno competenza esclusiva nell'applicazione, nella regolazione e nell'organizzazione dei servizi e delle attività, tese alla salvaguardia della sanità pubblica. L'accesso al SSN per gli stranieri è regolato dal decreto legislativo del il 25 Luglio 1998, pubblicato in gazzetta ufficiale il 18 Agosto 1998 n°191 – Testo Unico sull'Immigrazione contenente il testo integrale per le disposizioni riguardanti le regole ed norme di legge circa lo stato dello straniero, così come le modifiche relative quali il decreto presidenziale 394/1999 di DPR.334/04. e di DPR.394/88 e, la circolare 5 del Ministero della Salute completa la riforma e l'aggiornamento delle regole permettendo l'accesso normale ai servizi preventivi, curativi e rieducativi nazionali del sistema sanitario ai cittadini stranieri, presenti regolarmente o illegalmente in Italia. Il decreto 334/04 art. 42 del Testo Unico sull'Immigrazione specifica che SSN è garantito e non è concluso nel caso in cui il permesso di soggiorno sia estinto ma in fase di rinnovamento, prima dell'introduzione di tale modifica il migrante con il permesso di soggiorno scaduto non aveva più diritto al SSN.

In particolare, gli articoli 34 e 35 sottolineano che tutti gli stranieri iscritti e non al SSN hanno il diritto alla salute.

- Articolo 34: "assistenza sanitaria per gli stranieri iscritti al SSN". Gli stranieri hanno l'obbligo di registrarsi al SSN con la conseguenza di avere parità di trattamento ed gli stessi diritti e funzioni di qualunque altro cittadino italiano. L'assistenza è data ai dipendenti secondari che vivono con noncuranza in Italia allo statuto giuridico. I bambini degli stranieri hanno registrato con il servizio nazionale di sanità sono

autorizzati poiché la nascita allo stesso trattamento ha conferito a qualunque altro minore italiano.

- Articolo la 35:" assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al SSN " che vivono sul territorio nazionale ma che non sono in regola con le leggi relative all'entrata e alla residenza legale, possono usufruire del trattamento urgente in ospedale o di tutti i trattamenti urgenti di base, comprendenti anche le lunghe degenze in ospedale per malattie o lesioni accidentali o come applicazione di protocolli di medicina preventiva volti a salvaguardare la salute dell'individuo e della collettiva.

Secondo la legislazione attuale, tutti gli italiani e gli immigrati regolari possono avere libero accesso ai servizi forniti dal SSN, qualunque sia la loro situazione economica. Un contributo di spesa può essere chiesto per l'elargizione di determinati servizi e farmaci. Gli immigranti illegalmente presenti sul territorio nazionale possono ottenere l'assistenza medica da un centro del SSN, se vengono identificati e forniti di un codice STP (Straniero Temporaneamente Presente). Secondo la norma vigente, uno straniero privo di documento di identificazione deve fornire soltanto il suo nome, la data di nascita e la nazionalità per ricevere un numero STP. Il documento STP permette, in questo modo, il libero accesso ai servizi ed alle medicine essenziali quando il paziente si reca ad un centro del SSN. Il documento STP deve essere rinnovato ogni sei mesi.

Il profilo sanitario degli immigrati

Il profilo di salute degli immigrati evidenzia come arrivino nel nostro paese persone fondamentalmente sane (questo fenomeno è noto come "l'effetto dell'immigrato sano") ed è dovuto a una sorta di selezione che viene fatta prima di lasciare il paese di origine, infatti intuitivamente sol coloro che sono sani e giovani hanno maggiori possibilità di emigrare in cerca d condizioni di vita migliori. Contrariamente a questo effetto esistono evidenze che diversi fattori di rischio espongono successivamente gli immigrati ad una difficoltà notevole con conseguente disabilità, portando al cosiddetto effetto esaurito sulla salute esaurito. Lo stato di salute dei migranti all'arrivo, infatti, può andare incontro a un deterioramento veloce dovuto al cambiamenti dello stile di vita o all'esposizione prolungata a fattori di rischio, quali problemi psicologici, a nessun reddito dovuto alla disoccupazione, alle difficoltà di alloggio, all'assenza della famiglia, al cambiamento del clima ecc. La debolezza sociale degli immigrati sembra essere l'innesco di alcuni stati critici di salute. A livello nazionale, numerosi studi dimostrano tale legame.

L'analisi delle dimissioni ospedaliere di pazienti immigrati ha permesso una prima analisi nell'identificazione dei bisogni di salute degli immigrati. I dati sui ricoveri ospedalieri degli immigranti provenienti da paesi meno sviluppati (nel 2003, 324.491 ricoveri ospedalieri di pazienti stranieri) hanno mostrato tassi più bassi di ospedalizzazione per gli immigranti di sesso maschile adulti rispetto ai residenti (134.7 contro 165.2 per mille per cure acute; 39.0 contro 63.8 per cure giornaliere). La causa principale dell'ospedalizzazione acuta negli uomini immigrata si riferisce a ferite (26%), seguita da malattie dell'apparato digestivo (14%) malattie dell'apparato respiratorio e circolatorio (9%). Non è stato possibile calcolare la frazione di lesioni che avvengono nell'ambiente lavorativo; tuttavia, gli immigranti spesso sono esposti a lavori pericolosi, risentono di un addestramento insufficiente ed avvertono maggiormente uno sforzo di adattamento agli ambienti differenti di lavoro. I dati di ammissioni a servizi sanitari senza ospedalizzazione mostrano, fra gli uomini,che il 13% delle ammissioni è dovuta a fattori che influenzano lo stato di salute, il 12% a malattie gastrointestinali l'11% a malattie infettive, principalmente

l’HIV/AIDS e le epatiti virali. In riferimento alle malattie infettive si deve sottolineare che nel 2000, il numero di ammissione per tali patologie è in calo.

Per quanto riguarda le donne immigrate si evidenzia una tasso di accesso ai servizi sanitari simili a quelli delle donne residenti (179.7 contro 163.6 per cure acute; 69.0 contro 70.2 per cure giornaliere). Le gravidanze e le eventuali conseguenze, infatti, rappresentano il 55% di tutte le ospedalizzazioni fra le donne straniere, seguite da malattie di tratto urogenitale (8%) e dell’apparato digestivo (7%). Inoltre è sicuramente un dato allarmante che il 60% delle richieste delle donne immigrate al servizio sanitario è dovuto a patologie riguardanti la salute riproduttiva in particolare conseguenti ad aborti indotti. In conclusione, gli immigranti adulti hanno tassi più bassi di ospedalizzazione che i residenti. Ciò potrebbe erroneamente suggerire che gli immigranti sono una popolazione in buon stato di salute; tuttavia, i tassi di ospedalizzazione per alcune cause specifiche (lesioni, specialmente per gli uomini, malattie infettive, parti ed aborti indotti, circostanze mal definite) sono sicuramente più elevate rispetto alla popolazione residente.

UNA SFIDA PER IL FUTURO

In ogni era ed in ogni popolazione umana, la visione particolare del mondo e la percezione di salute e della malattia sono definite dalla cultura, dalla scienza e dalla conoscenza. Il singolo interpreta la propria situazione nelle forme e nei modi basati sulle conoscenze della propria cultura, trasmessa e derivante dalla vita di tutti i giorni, con riti e rituali differenti. Da questa conoscenza, ogni gruppo sviluppa ciò che sembra essere più utile per il proprio benessere e lo trasforma in tradizione.

Le rappresentazioni di buono e cattivo, saggezza e follia, fisiologia e patologia sono articolate attraverso la varietà dei modelli culturali. Le diverse classificazioni sono fatte secondo conoscenze diverse e l’unione della medicina complementare e di quella convenzionale produce situazioni complesse. Oggi, abbiamo l’affascinante compito di leggere e sviluppare queste conoscenze, per il nostro proprio futuro ed il futuro dei nostri bambini.

La dermatologia è la disciplina medico-scientifica che, più di qualsiasi altra, può aiutare tutti noi in questa sfida storica, certamente senza precedenti.

Nei prossimi 25 - 30 anni, la popolazione del nostro pianeta crescerà enormemente. Secondo la maggior parte delle stime, la popolazione mondiale aumenterà di più di 2.7 miliardi di persone, pari a quasi il 50 per cento della popolazione attuale.

Entro 25 - 30 anni, la produzione alimentare mondiale dovrà raddoppiare, con energia e produzione industriale da triplicare. Nei paesi in via di sviluppo, queste risorse dovranno essere quadruplicate per adeguarsi all'aumento della popolazione. Secondo le tendenze attuali, questo sviluppo economico condurrà ad un ulteriore degradazione ambientale e delle risorse: con un progressivo aumento dell’ inquinamento dell'atmosfera,e conseguente deterioramento dello strato di ozono e dell'intensificazione dell'effetto della serra. Aumenteranno inquinamento dell'acqua, disboscamento, deterioramento del terreno e perdita della biodiversità.

In questo quadro, i rischi di danno alla salute aumenteranno drammaticamente, in particolare nei paesi tropicali ed in quelli in via di sviluppo. Le malattie, particolarmente quelle correlate alla distruzione dell'ambiente, si trasmetteranno più facilmente in una popolazione di più di 8.5 miliardi, fra cui più di 7 miliardo vivranno nelle meno zone sviluppate del mondo.

Che cosa può si può fare di fronte a questo prospettive?

Lo squilibrio fra i paesi sviluppati e quelli così chiamati in via di sviluppo" può essere visto a tutti i livelli, compresi quelli sanitari e scientifici. A livello internazionale, l'unica alternativa possibile è offerta tramite lo sviluppo sostenibile.

Nel 1987, la Commissione Mondiale sull'Ambiente e lo Sviluppo (Commissione Brundtland) ha definito lo sviluppo sostenibile come la capacità di soddisfare i bisogni della generazione corrente senza compromettere quelli delle generazioni future. In questo contesto, la soddisfazione dei bisogni delle persone più povere nella generazione attuale è essenziale per soddisfare i bisogni delle generazioni future. Nel 1988, la FAO ha definito questo concetto come l'amministrazione e la conservazione delle risorse naturali e l'orientamento dei cambiamenti tecnici ed istituzionali in modo da assicurare la soddisfazione dei bisogni di attuali e generazioni future. La Conferenza delle Nazioni Unite sull'ambiente e sullo sviluppo, tenutasi a Rio de Janeiro nel 1992, ha ulteriormente elaborato il concetto "di sviluppo sostenibile". Nella relativa dichiarazione finale, è stato dichiarato che per realizzare lo sviluppo duraturo, la protezione dell'ambiente deve essere una parte integrante del processo di sviluppo. Il diritto allo sviluppo deve essere basato sul soddisfare ugualmente i bisogni delle generazioni attuali e future, riguardo sia sviluppo che l'ambiente. L'OMS già aveva cominciato, a metà degli anni settanta, la campagna "l'anno 2000, salute per tutti". Avendo superato tale data, l'impossibilità di realizzare gli obiettivi inizialmente definiti, malgrado l'impegno delle organizzazioni nazionali ed internazionali, è stato provato. Sarà necessario introdurre miglioramenti culturali e scientifici se realmente vogliamo universalmente "la salute per tutti".

INMP. Persone migranti ed impoverite al centro: una rete nazionale per assistenza, ricerca e formazione

Le persone migranti ed impoverite sono i protagonisti, troppo spesso trascurati dalle Istituzioni, a cui vuole rivolgersi questo nuovo Istituto che eredita l'esperienza e rappresenta il consolidamento dell'attività della Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale dell'Istituto dermosifilopatico Santa Maria e San Gallicano, operante dal 1985 nel cuore del quartiere Trastevere a Roma.

In questo pluriennale percorso la Struttura Complessa del San Gallicano ha svolto un'attività di accoglienza, cura, ricerca scientifica e formazione, con alta specializzazione riguardo alle condizioni di salute delle popolazioni migranti, richiedenti asilo, vittime della tratta, senza fissa dimora e nomadi, e di contrasto delle patologie della povertà.

Il percorso formale per la costituzione dell'Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti e il Contrasto delle Malattie della Povertà, INMP, parte dall'adozione di un protocollo d'intesa, in data 7 settembre 2006, fra il Ministero della Salute, la Regione Lazio, la Regione Puglia, la Regione Siciliana, e gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri per la costituzione del "Centro di Riferimento Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti e il Contrasto delle Malattie della Povertà", che dava mandato al prof. Aldo Morrone, Direttore della struttura di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale dell'IRCCS Istituto Dermosifilopatico Santa Maria e San Gallicano di Roma, di promuovere ed avviare tutte le procedure necessarie alla realizzazione di detto Centro.

Il 3 agosto 2007, in applicazione dell'art. 1, co. 827 della legge 296/06 si costituisce formalmente "l'Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti ed il Contrasto delle Malattie della Povertà, con personalità giuridica di diritto pubblico,

dotato di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile e tecnica, posto sotto la vigilanza del Ministero della Salute".

L'Istituto è articolato in:

• una sede nazionale a Roma, in via di San Gallicano 25/a;

• tre Centri Regionali, riconosciuti con provvedimento del Ministero della Salute: per la Regione Lazio, la Struttura di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale dell'IRCCS Istituto Dermosifilopatico Santa Maria e San Gallicano di Roma; per la Regione Puglia, parte dell'Azienda Ospedaliera Civile "Tatarella " di Cerignola (FG); per la Regione Sicilia, parte dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni di Dio di Agrigento.

In un contesto come quello italiano caratterizzato, negli ultimi anni, da una crescita esponenziale dell'immigrazione (attualmente gli stranieri regolari in Italia sono più di 3 milioni) e da un preoccupante aumento di persone e famiglie sempre più vicine alla soglia di povertà, il nuovo Istituto vuole essere una risposta forte e diretta della politica e delle istituzioni a questi due fenomeni in crescita.

L'INMP si propone di costruire in breve tempo una rete nazionale, sviluppando un rapporto di collaborazione con altri sistemi sanitari regionali interessati a promuovere la salute delle popolazioni migranti presenti sul loro territorio e a contrastare l'insorgenza delle malattie correlate alla povertà, che affliggono le persone a rischio di emarginazione sociale.

Le strutture socio-sanitarie regionali dovranno lavorare in stretta collaborazione con i servizi territoriali, le Asl , i centri di ricerca scientifica e le associazioni del terzo settore e dovranno venire incontro alle esigenze sanitarie degli operatori del turismo, dei missionari, dei viaggiatori da e per i Paesi tropicali, fornendo visite specialistiche ed informazioni sanitarie aggiornate per la prevenzione delle malattie più comuni delle regioni tropicali, le patologie della povertà, le persone a rischio di esclusione sociale e gli immigrati.

In questi ambiti, dovrà essere perseguita l'eccellenza nella prevenzione, la diagnosi, l'assistenza, la ricerca e la formazione riguardo alle malattie prevalenti nelle popolazioni target dell'azione dell'Istituto, in un'ottica di inclusione e di integrazione.

Altro obiettivo dell'INMP è quello di colmare il gap di formazione specialistica degli operatori socio-sanitari che vengono a contatto con la popolazione migrante finalizzata all'approccio interculturale, nella tutela della salute degli immigrati, richiedenti asilo, vittime della tratta, senza fissa dimora e nomadi, e per il contrasto delle patologie della povertà, individuando modelli di intervento per il corretto e tempestivo accesso al SSR (servizi sanitari regionali), con rispetto delle diverse identità culturali, con accreditamento Ecm.

Si tratta di costruire un intervento di sostegno formativo, che si avvalga del contributo di esperti nel settore della medicina delle migrazioni e del contrasto alle patologie della povertà, al fine di costruire con gli operatori socio-sanitari locali un percorso di educazione, prevenzione, diagnosi e cura, di questi gruppi di popolazione, adattato ad un contesto multiculturale.

E' infatti necessario definire un percorso per la ricostruzione della storia clinica di persone in condizioni di criticità, dei possibili interventi a breve e medio periodo, avvalendosi anche del contributo di staff multiculturali in cui inserire mediatori linguistico-culturali.

Tali figure professionali devono essere formati “ad hoc” al fine di poter interagire positivamente con gli operatori sanitari e le strutture sanitarie locali. Inoltre occorre curare la formazione degli operatori socio-sanitari locali nel riconoscimento delle patologie e condizioni delle persone vittime di tortura, che possono accedere alla richiesta dello status di rifugiati, utilizzando una adeguata metodologia di raccolta dei dati anamnestici.

I tre obiettivi principali alla base dell’attività del nuovo Istituto, sono la ricerca clinica e promozione della salute, la formazione e la ricerca: inquadrare questi obiettivi in un’esperienza interdisciplinare, che non risponde solo ai bisogni ma sia capace di anticiparli, sarà lo scopo fondamentale del nostro lavoro per i prossimi anni.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

1. Morrone A, Hercogova J, Lotti T. Dermatology and Human Mobile Populations. MNL eds, Bologna, 2004.
2. Morrone A, Racalbuto V. Health systems and skin diseases: the case of Ethiopia. Eds punto in bianco 2007.
3. Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Migration and health in the European Union. Trop Med Int health, 1998; 3: 936-44.
4. Morrone A, Pugliese E, Sgritta GB. Gli immigrati nella provincia di Roma. Rapporto 2006. FrancoAngeli Eds Milano
5. Spinelli A, Grandolfo ME, Donati S, Andreozzi S, Longhi C, Bucciarelli M, Baglio G. Assistenza alla nascita tra le donne immigrate. In: Morrone A, Spinelli A, Geraci S, Toma L, Andreozzi S., editor. Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. pp. 11–23. Rapporti ISTISAN 03/4.
6. Geraci S, Baglio G. L’assistenza ospedaliera a cittadini stranieri in Italia. Rapporto Osservasalute, 2005.
7. Cacciani L, Baglio G, Rossi L, Materia E, Marceca M, Geraci S, Spinelli A, Osborn, Guasticchi G. Hospitalisation among immigrants in Italy. Emerging Themes in Epidemiology, 2006, 3:4.
8. Barro G, Cislaghi C, Costa G, Lemma P, Bandera L. Health problems of foreigners immigrated to Italy: the answer of institutions. Epidemiol Prev. 1993; 17:239–243. Italian.
9. Morrone A. Poverty, health and development in dermatology. Int J Dermatol 2007;46(S2):39-41.

PATOLOGIE EMERGENTI E RIEMERGENTI
GLOBALIZZAZIONE, MIGRAZIONE, SALUTE E VACCINI

FOTOGRAFIA DELL'ATTUALE SSN NEL NUOVO PANORAMA DEMOGRAFICO DELL'ITALIA: ADEGUATEZZA O INADEGUATEZZA?

Roma, 6 novembre 2008

Aldo Morrone

Istituto Nazionale per la prevenzione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (INMP)

Italia, terra di immigrazione

L'Italia è genericamente riconosciuta come "paese di recente immigrazione", ma la definizione non è del tutto corretta.

Per ragioni naturali, infatti, la nostra penisola è stata per secoli predisposta a divenire terreno di incontro di numerose correnti migratorie ed esperienze culturali, che hanno caratterizzato la nostra vita sociale e culturale.

HUMAN MOBILE POPULATION

Alcune domande

- Perché le persone fuggono dai Paesi in via di sviluppo?
- Qual è lo standard di vita in questi Paesi?
- Perché uno rischia la propria vita pur di fuggire?
- Qual è il tipo di vita che trovano in Europa?
- Perché dovremmo prenderci cura delle persone più “fragili”?


“Today’s real borders are not between nations, but between powerful and powerless, free and fettered, privileged and humiliated.”
(Kofi Annan, UN Secretary-General,
in his acceptance speech upon receiving the 2001 Nobel Peace Prize)

By the year 2015, all 191 United Nations Member States have pledged to meet these goals

UN Millennium Development Goals



1. Eradicate extreme poverty and hunger
2. Achieve universal primary education
3. Promote gender equality and empower women
4. Reduce child mortality
5. Improve maternal health
6. Combat HIV/AIDS, malaria and other diseases
7. Ensure environmental sustainability
8. Develop a global partnership for development

“La nostra abilità nel perseguire gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio nel campo della salute [...] dipenderà dalla nostra capacità di raggiungere i gruppi vulnerabili fornendo cure e assistenza in modo completo, appropriato ed equo [...]”

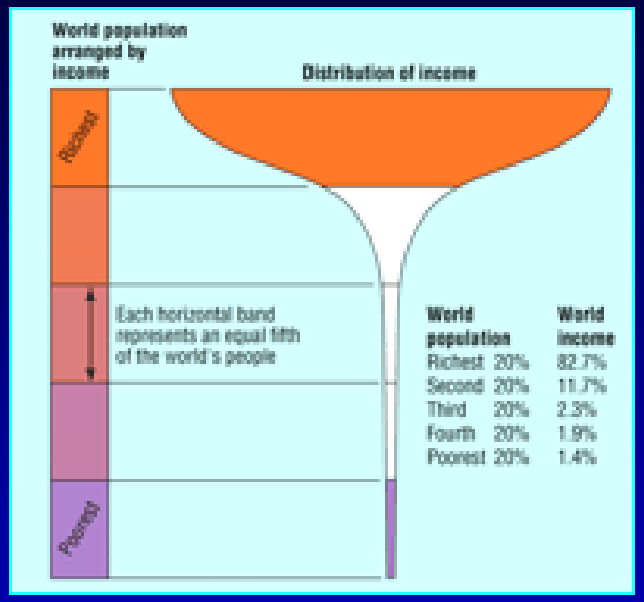
Dr Margaret Chan
WHO Director General



IL BICCHIERE DI CHAMPAGNE DELLA POVERTÀ MONDIALE

(BMJ, 1999)

I **358 individui** più ricchi della terra controllano una quantità di ricchezza pari alla somma del reddito annuo dei Paesi dove vive il **45%** della popolazione mondiale



I *beni comuni* (non esclusivi e indivisibili) tendono ad essere privatizzati: l'acqua in Bolivia, il riso Basmati in Oriente…

Michael Jordan percepisce dalla **Nike** per la pubblicità delle **scarpe sportive** più di quanto guadagnavano complessivamente i **30.000 Indonesiani** che le producono

POPOLAZIONE MONDIALE

Dal 2000 la popolazione mondiale è cresciuta mediamente di 80 milioni persone/anno

6,7 miliardi (2006)

> 9,2 miliardi (2050)



ONU, World Population Prospects, 2007

POPOLAZIONE MONDIALE

NORD

- poco prolifico
- progressivo invecchiamento
- accesso totale alle fonti di benessere



SUD

- prolifico
- giovani
- difficoltà accesso alle risorse globali



HUMAN MOBILE POPULATION

In 2007, the number of people in the world who were part of the Human Mobile Population, i.e. migrants, asylum seekers, refugees, migrant workers, tourists and travellers, reached more than 1 billion 300 million.

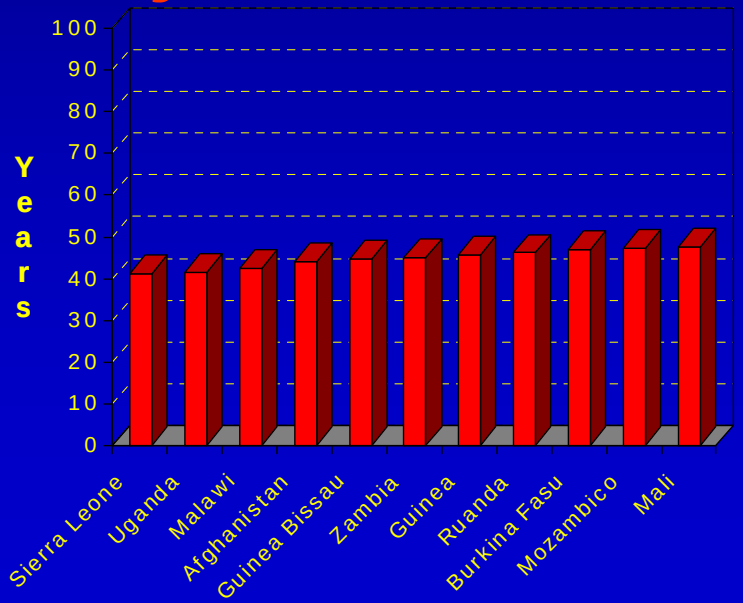
Life expectancy at birth- 2005

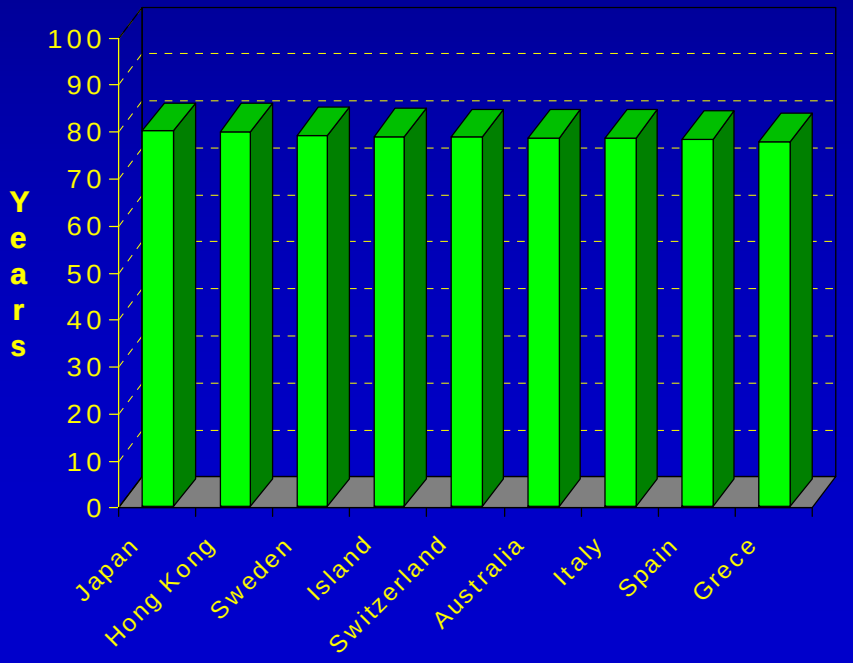
In developing countries each person has a life expectancy no longer than 47 years





In developed countries each person has a life expectancy close to 80 years





WOMEN'S LIFETIME RISK OF DYING FROM PREGNANCY

REGION	RISK OF DYING
Africa	1 in 16
Asia	1 in 65
Latin America and Caribbean	1 in 130
Europe	1 in 1400
North America	1 in 3700
All developing countries	1 in 48
All developed countries	1 in 1900

“La mortalità materna è una tragedia per le singole donne, per le loro famiglie e per le loro comunità”

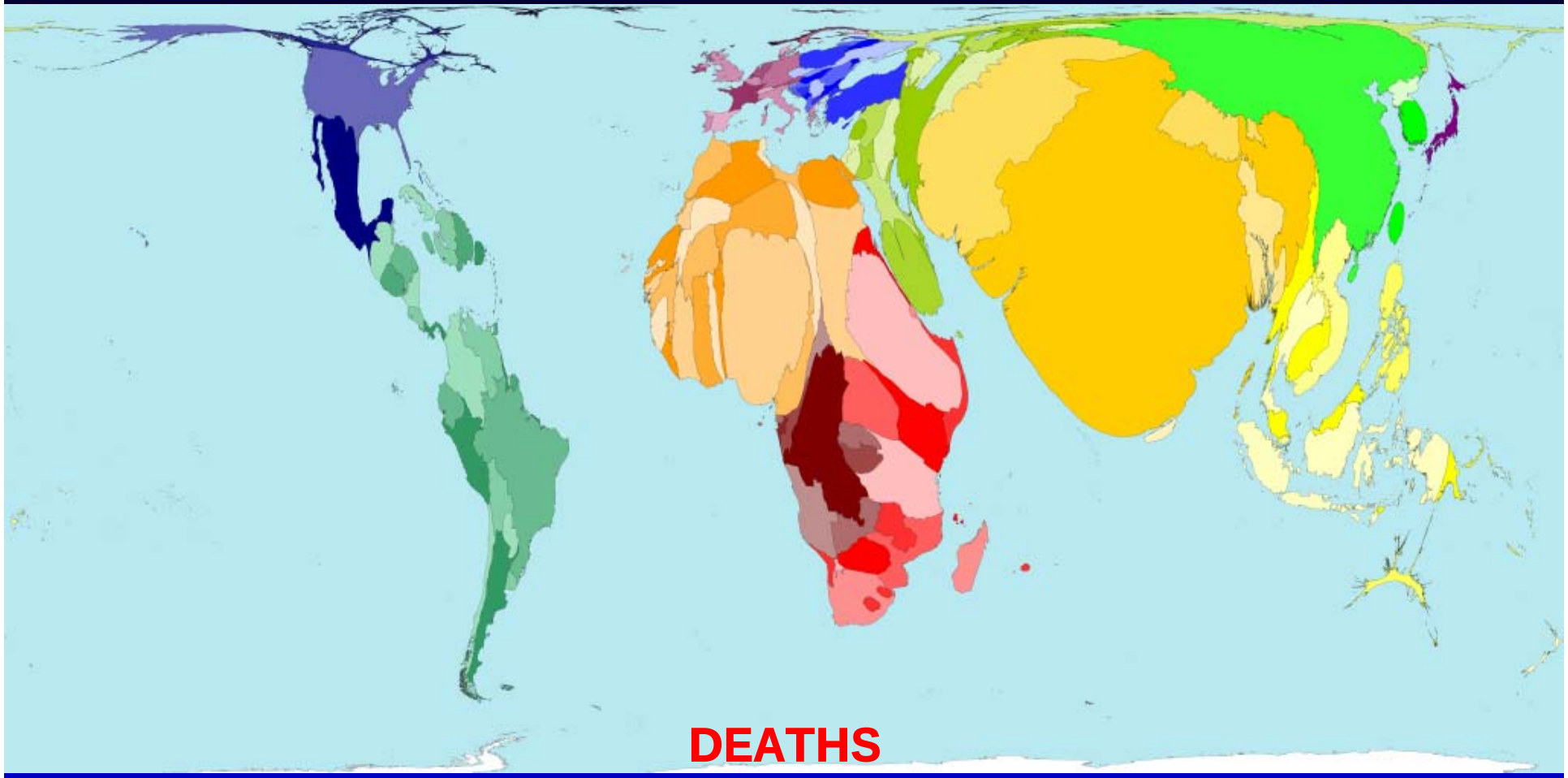


“Ogni minuto di ogni giorno, in qualche luogo del mondo, una donna muore per complicanze insorte durante la gravidanza e il parto.

“Reduction of maternal mortality” A Joint WHO/UNFPA/UNICEF World Bank Statement (Geneva 2006)

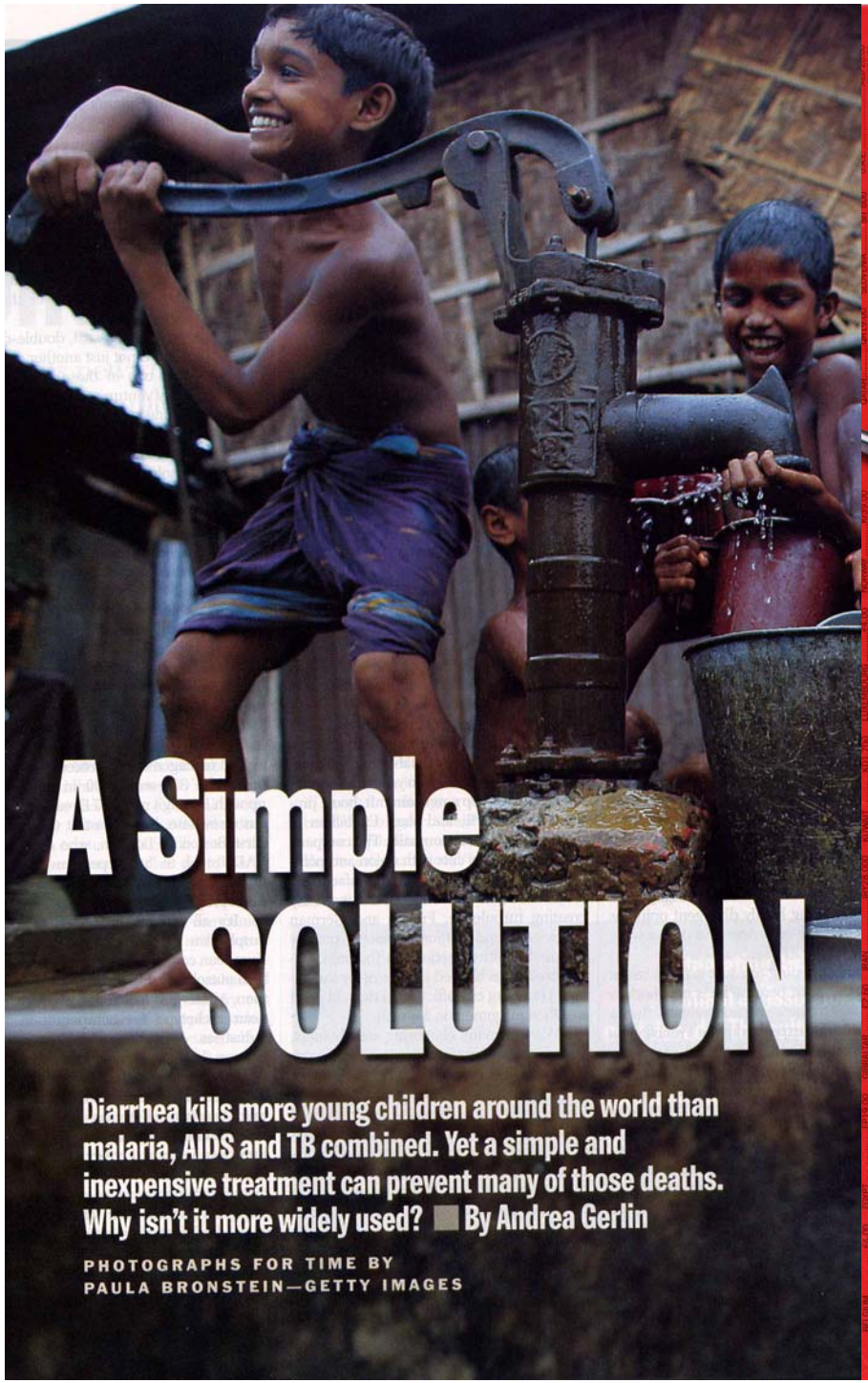


CHILD DIARRHOEA



DEATHS

Worlwide there are 1.9 million deaths in children under 5 every year due to diarrheal diseases. According to WHO, about two-thirds of these (1,3 million) occur in only 15 countries in Asia and Africa



A Simple SOLUTION

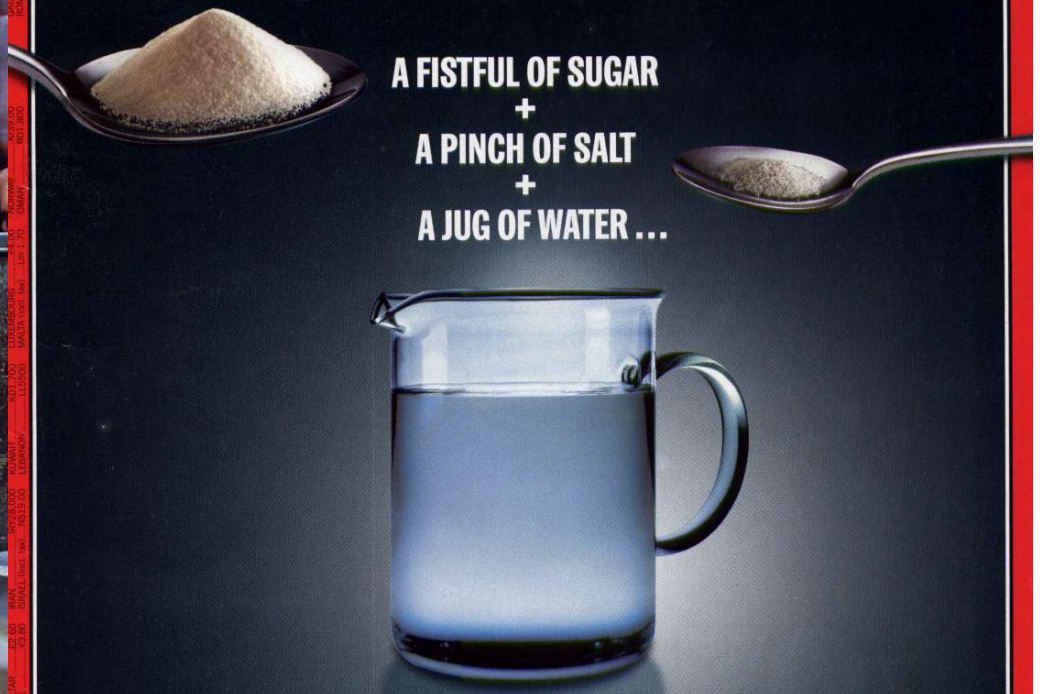
Diarrhea kills more young children around the world than malaria, AIDS and TB combined. Yet a simple and inexpensive treatment can prevent many of those deaths. Why isn't it more widely used? ■ By Andrea Gerlin

PHOTOGRAPHS FOR TIME BY
PAULA BRONSTEIN—GETTY IMAGES

OCTOBER 16, 2006 www.timeeurope.com

A POLITICAL SCANDAL IN WASHINGTON ■ LEO & JACK & MATT & MARTY

TIME



A FISTFUL OF SUGAR
+
A PINCH OF SALT
+
A JUG OF WATER ...

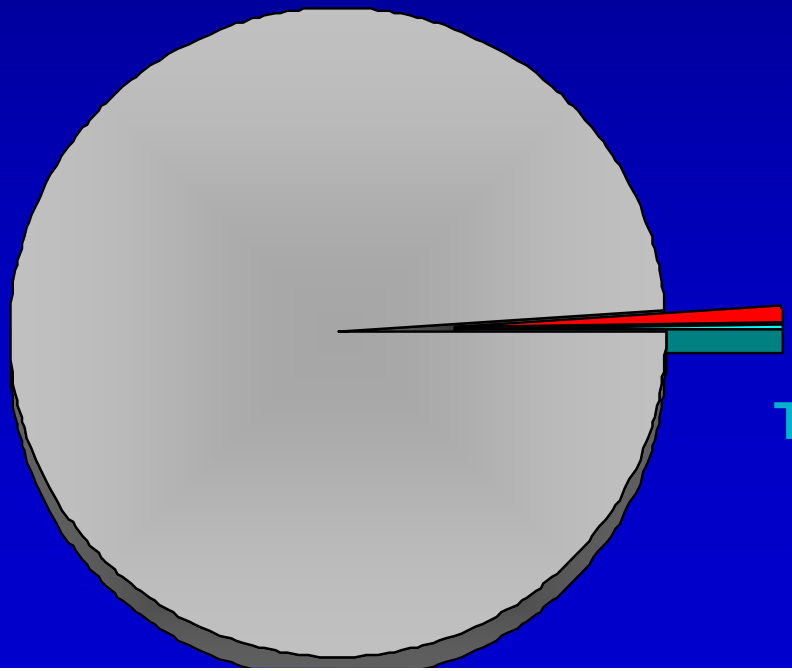
... IS THE SIMPLEST REMEDY FOR A MISERABLE CONDITION.

SO WHY DOES THE ILLNESS STILL KILL 1.9 MILLION CHILDREN UNDER 5 EACH YEAR?

BELIZE ..... Bze $9.50 COLOMBIA ..... Col $14,000.00 JAMAICA ..... Jam $275.00 PANAMA ..... U.S. $5.00
BRAZIL ..... R$17.00 ECUADOR ..... U.S. $5.00 MEXICO ..... Mex $55.00 VENEZUELA ..... Bs 10,000.00
CHILE (include tax) $3,500.00 HONDURAS ..... L85.00 NICARAGUA ..... U.S. $5.00

Only 1% of new drugs developed are for neglected diseases

- Huge increase in global funding for health research - from $30 bn in 1986 to US$ 106bn in 2004 (*Global Forum for Health Research, 2004*)
- Approx. 1-2% is spent on R&D for neglected diseases
- 10/90 gap in health research spending is widening
- 1975-1999: 1,393 new chemical entities marketed



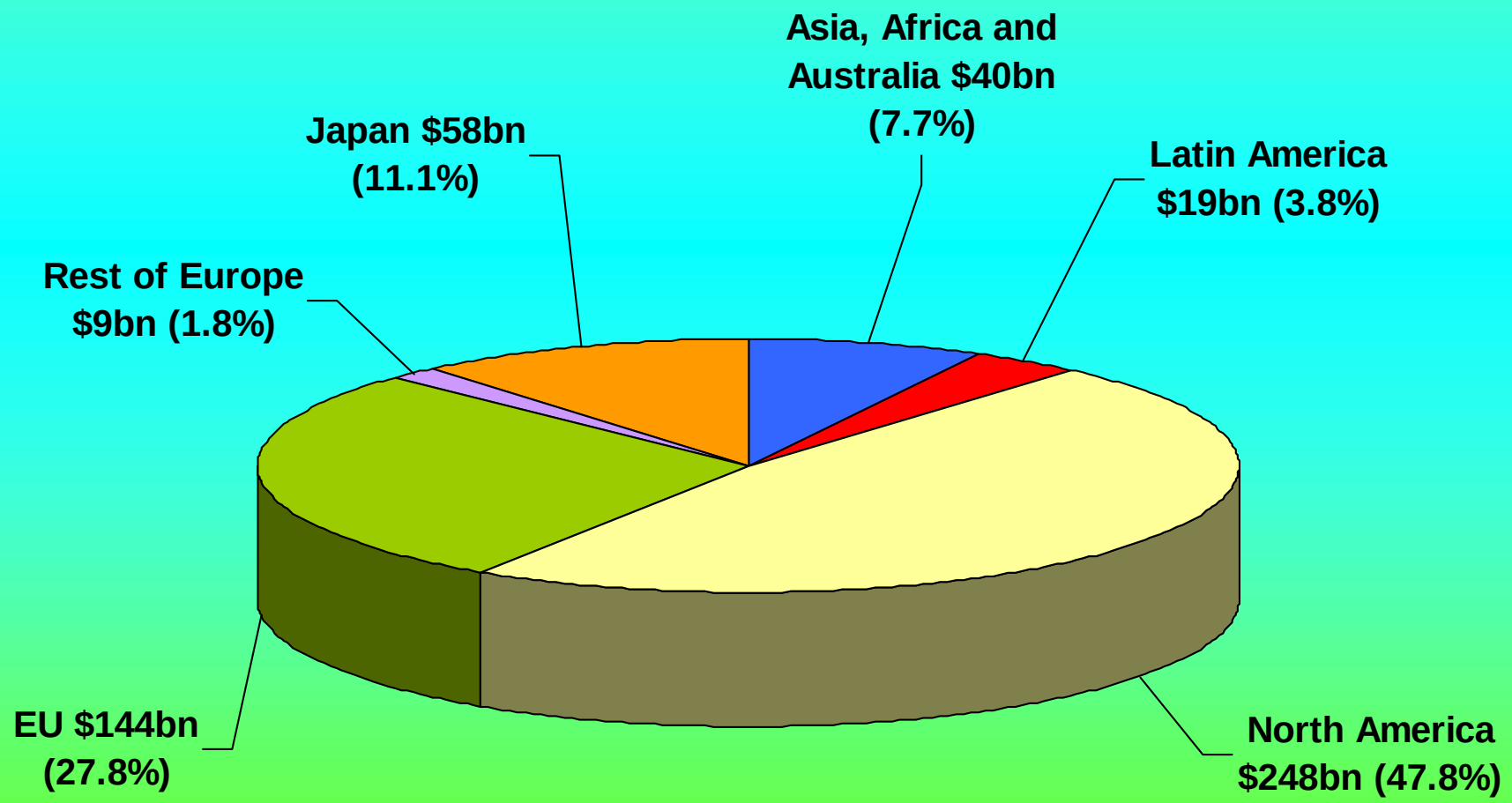
Tropical diseases: 13

Tuberculosis: 3

No cash, no cure

the poor have a miserable share of the pharmaceutical market

World Pharmaceutical Market, 2004: Total $518 billion

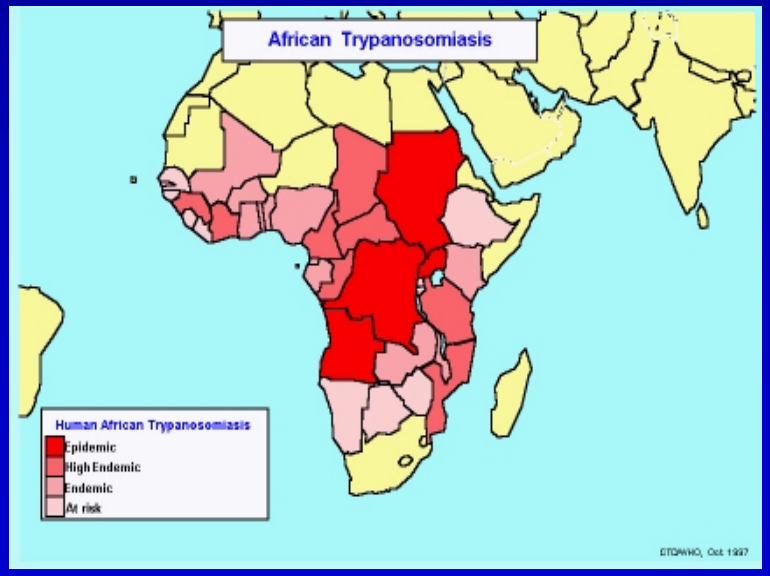


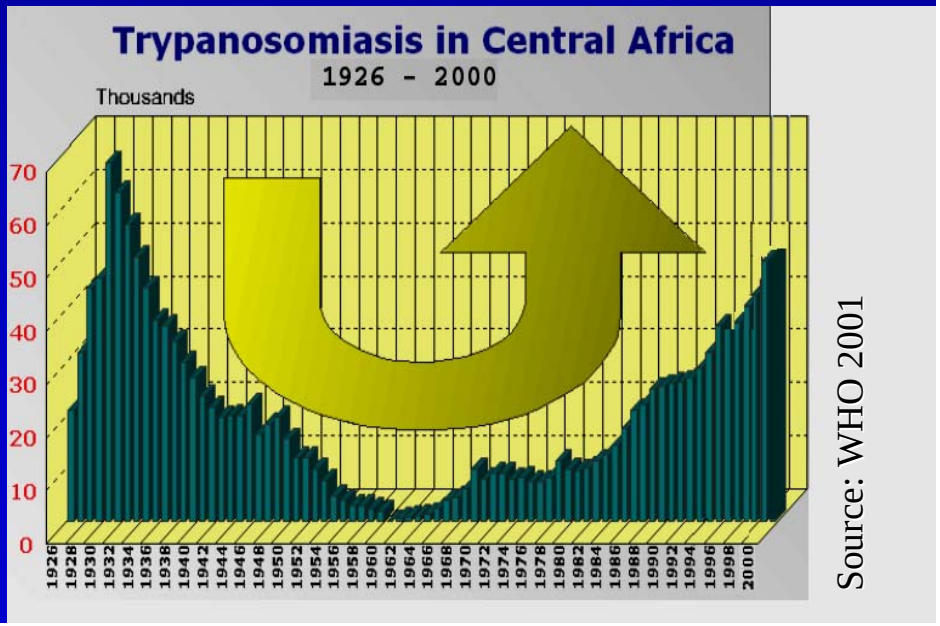
Source: IMS Health


Without bold new steps disease will continue to ravage the developing world, with global consequences.
Governments, people and medical doctors must act NOW

The return of sleeping sickness

- An estimated 300,000 infected
- 55 million at risk in sub-Saharan Africa
- Difficult to diagnose
- Fatal if untreated
- Existing drugs: old - toxic - resistance - difficult to use - expensive





Source: WHO 2001


NEGLECTED DISEASES:
HAVE OUR GOVERNMENTS GOT
SLEEPING SICKNESS?
SIGN UP TO URGE YOUR
GOVERNMENT TO SUPPORT
RESEARCH IN DISEASES
OF THE POOR.
DNDi
Drugs for Neglected Diseases initiative
www.dndi.org




HOTEL





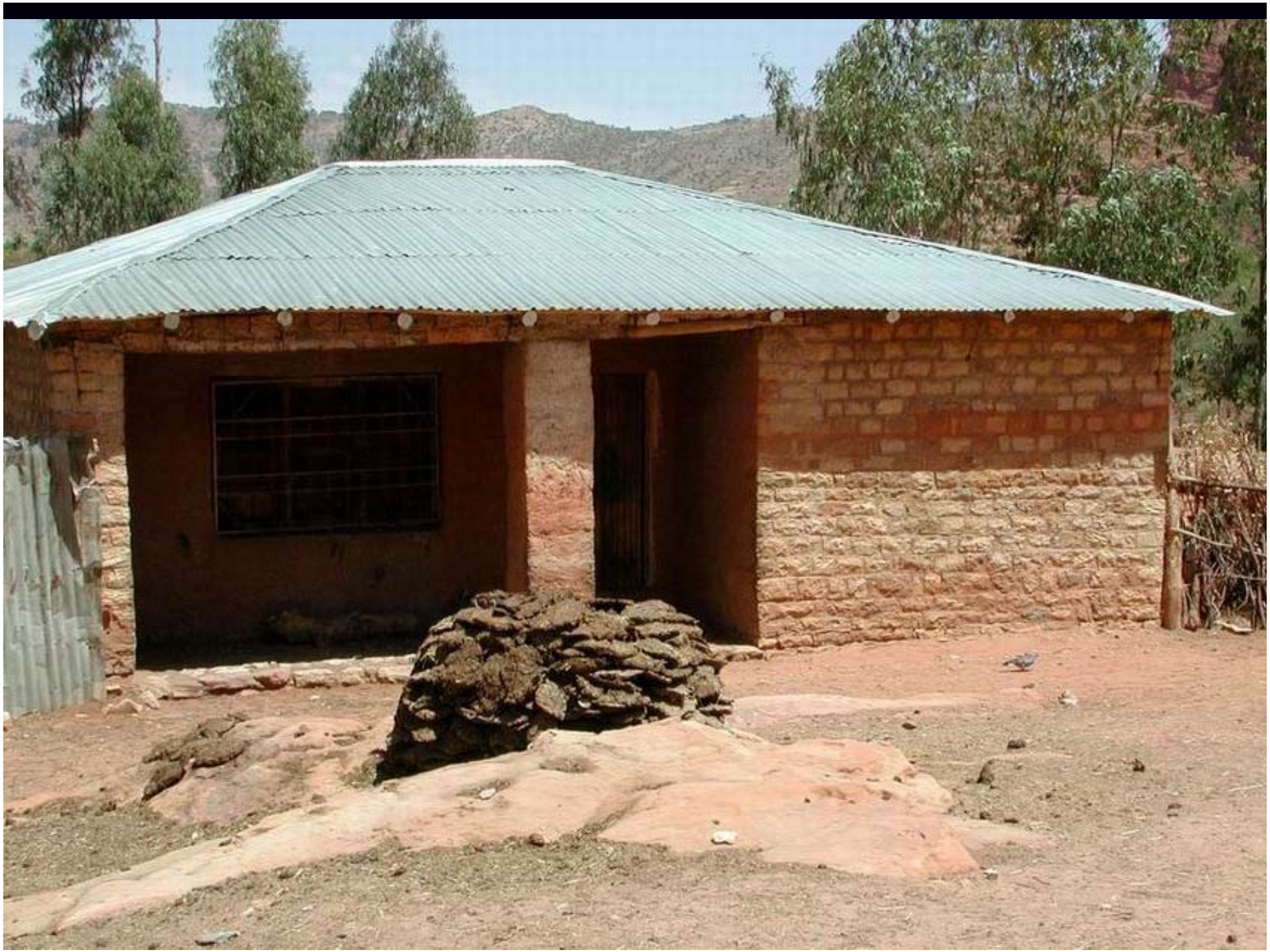


































Considerare la povertà come una malattia trasmissibile





La povertà uccide

The world's biggest killer and the greatest cause of ill-health and suffering across the globe is listed almost at the end of the International Classification of Diseases. It is given the code Z59.5

– "Extreme poverty…"



Fonte: World Health Report 1995 – The state of world health – WHO Geneva


ITALIAN DERMATOLOGICAL HOSPITAL I.I.S.M.A.S.

Ayder Hospital
Italian Dermatological Center



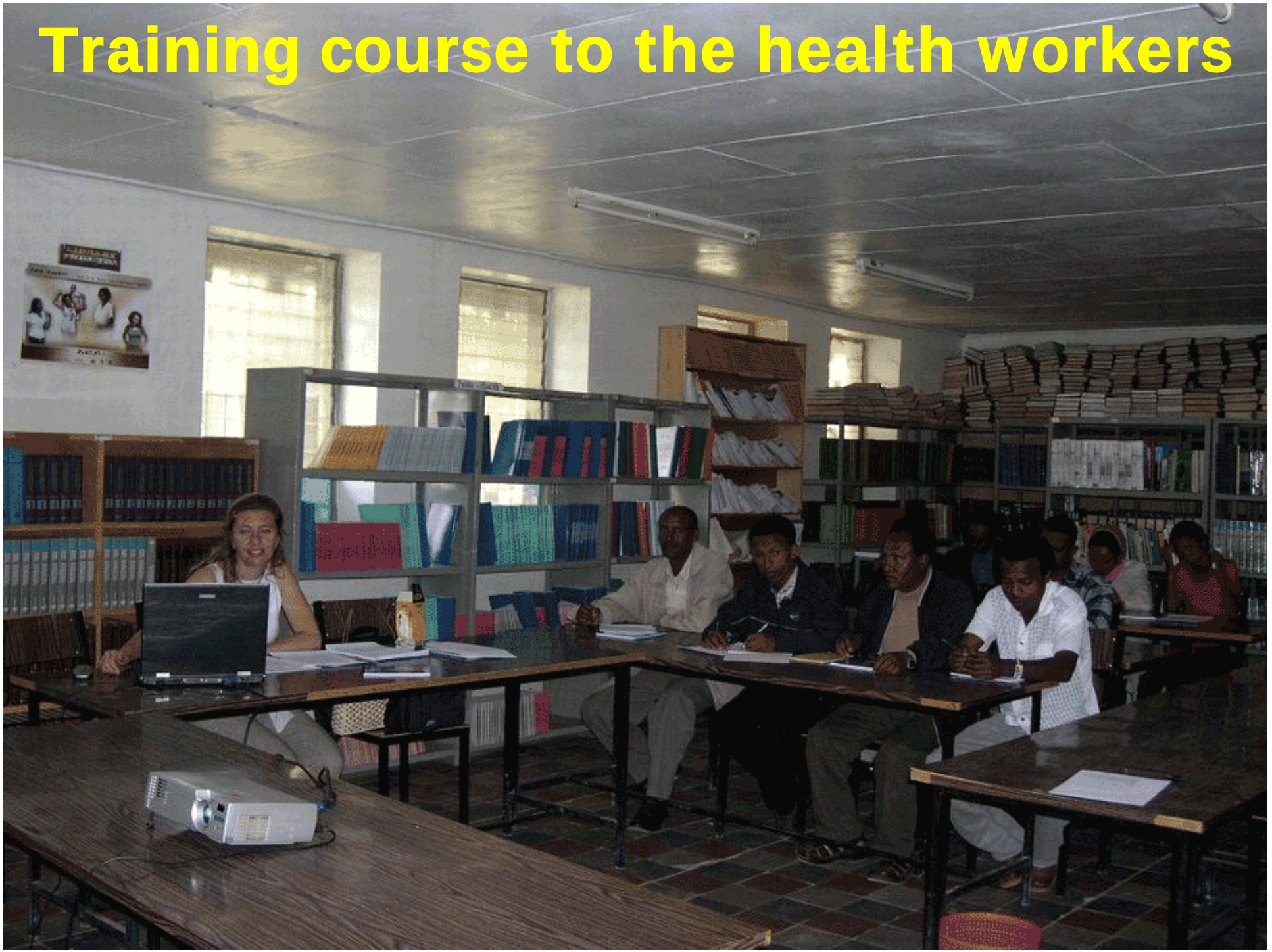
Ayder University Referral Hospital
Italian Dermatological Center, Mekele

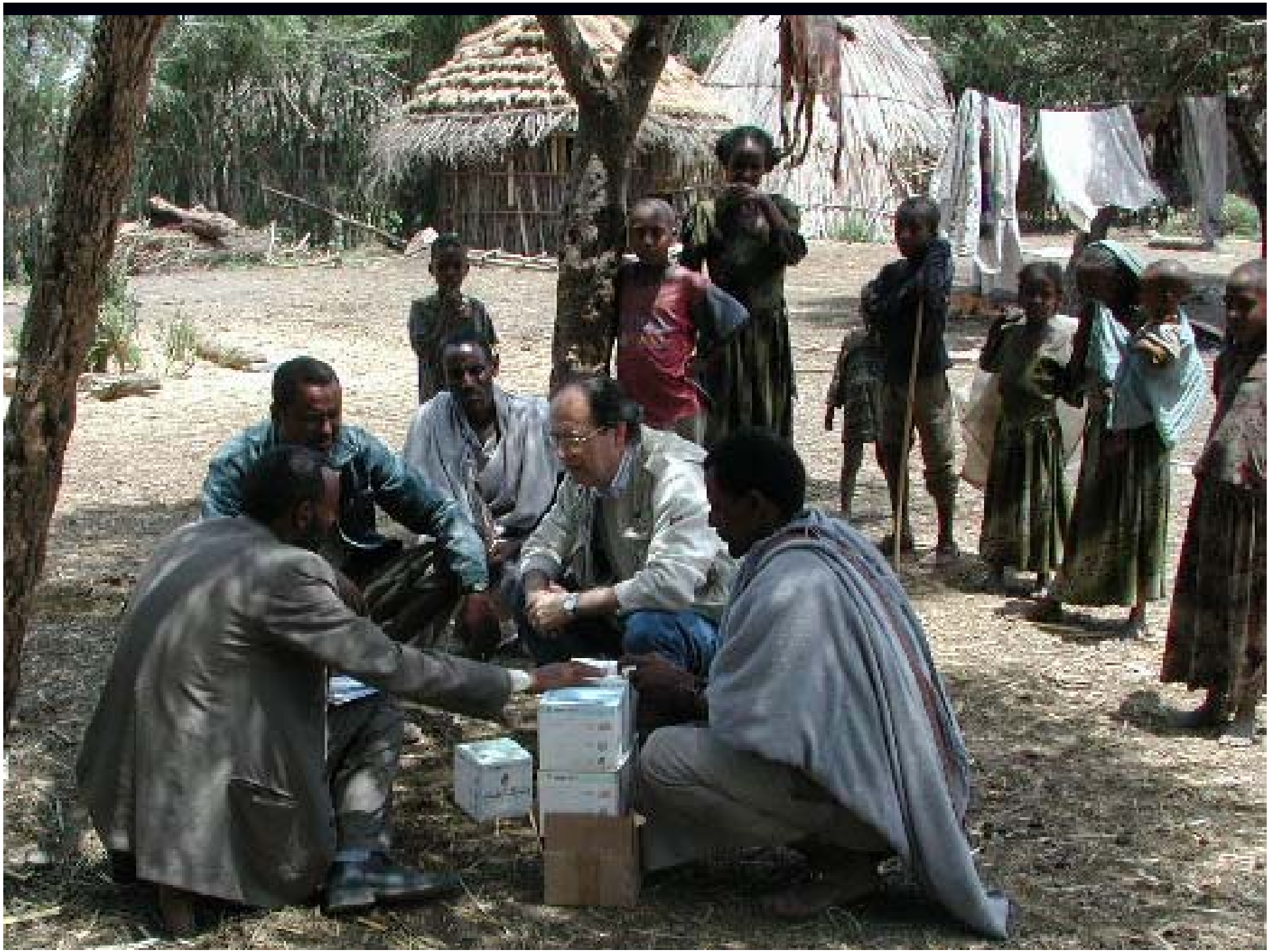



MEGA LATEX



Training course to the health workers






sensation

DGCS, Unità Tecnica Centrale
Via S. Contarini, 25
00194 ROMA
Email: vincenzo.racalbuto@esteri.it
Website: www.esteri.it

Project Monitoring Unit - HSDP
P.O. Box 13018
Addis Ababa, ETHIOPIA
Email: itacohsdp@ethionet.et
Website: www.itacaddis.org



San Gallicano Institute - IRCSS, Rome
Dep. of Preventive Medicine of Migration,
Tourism and Tropical Dermatology
Via di San Gallicano, 25A - Rome, Italy
Email: s.gallicano-desk@libero.it

IISMAS - International Institute of Medical,
Anthropological and Social Sciences - Rome
Email: info@iismas.it
Website: www.iismas.it

HEALTH SYSTEMS AND SKIN DISEASES: THE CASE OF ETHIOPIA

HEALTH SYSTEMS AND SKIN DISEASES: THE CASE OF ETHIOPIA

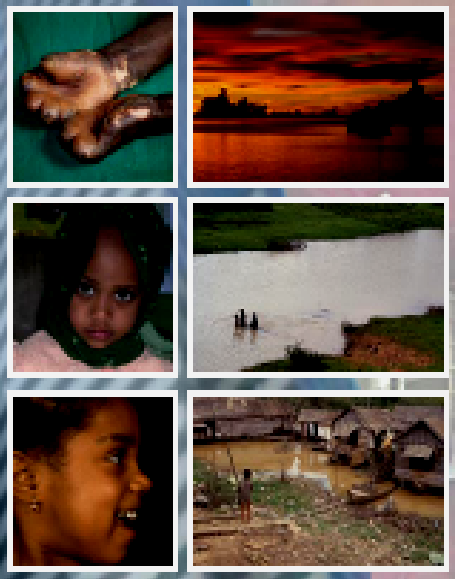


Aldo MORRONE
Vincenzo RACALBUTO

ETHIOPIA 2007

Aldo Morrone
Jana Hercogová Torello Lotti

Dermatology of Human Mobile Populations



Scientific Publishing & Communication

Rivista a carattere Scientifico dell'Istituto Internazionale di Scienze Mediche Antropologiche e Sociali (IISMAS)

International Journal of Migration and Transcultural Medicine



Poste Italiane SPA Spedizione in abbonamento postale - 45%- art. 2 comma 20/b legge 662/96 aut. DC/ER/BO - Finito di stampare nel mese di Ottobre 2005

ISSN 1826-1329

Vol 1
N°. 1
Ottobre/Dicembre 2005
Rivista Quadrimestrale

Medical Network Liaison Srl

Scientific Publishing & Comunication

mnlpublimed.com

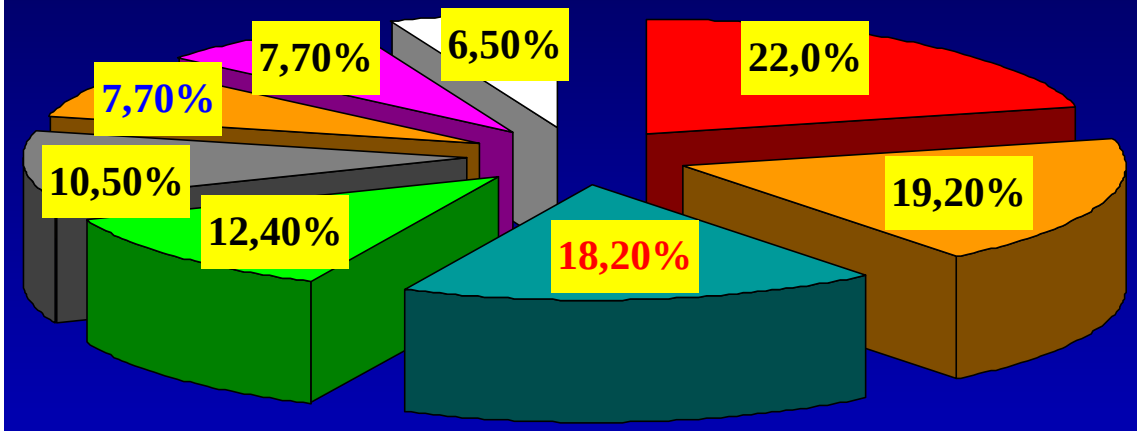
MNL

Scientific Publishing & Communication



MIGRANTS IN THE WORLD

(191 million, 2007)



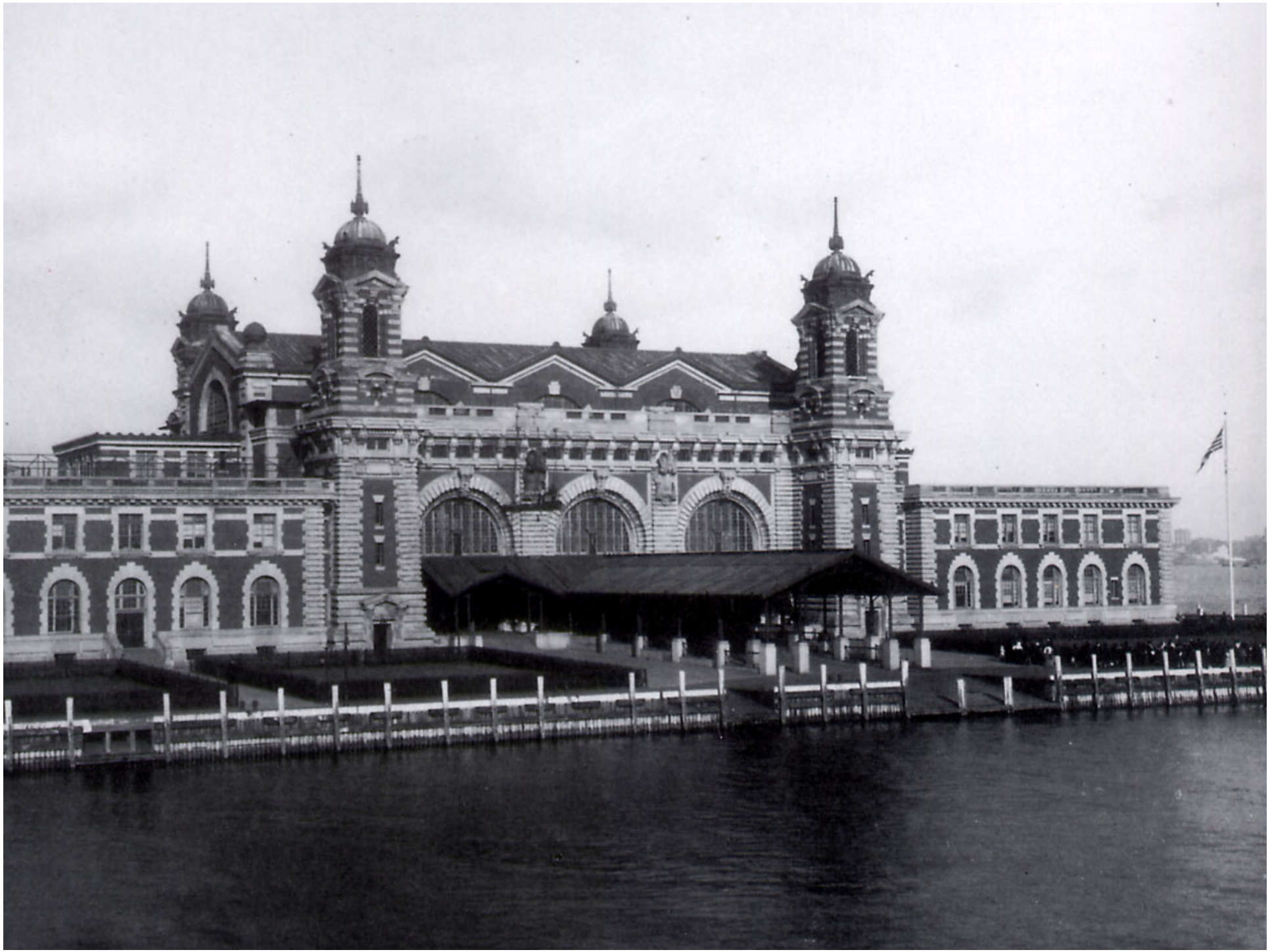
Source: UNPD, 2006

Over 56,3% of migrants find shelter or a new life in developing countries. Only 43,7% reach North America, Australia and Europe.

MIGRAZIONE MONDIALE

- 3% della popolazione mondiale
- donne sono il 49,6%
- Irregolari stimati intorno ai 30-40 milioni
- 24,5 milioni (2006) "Internally Displaced Persons"
- 9,9 milioni (2006) rifugiati

IOM, 2005




Hope and anticipation are plain in the faces of these immigrants as they wait to be transferred to Ellis Island













Italiani respinti da Ellis Island in attesa di essere reimbarcati, 1924



Il sogno dell'America...










GUARDIA COSTIERA
FURUNO
GUARDIA COSTIERA
CP 818
GUARDIA COSTIERA


GUARDIA COSTIERA
الربيعي
1446 ص ط


CP 275


GUARDIA COSTIERA








INM
Istituto Nazionale
Salute, Migranti,

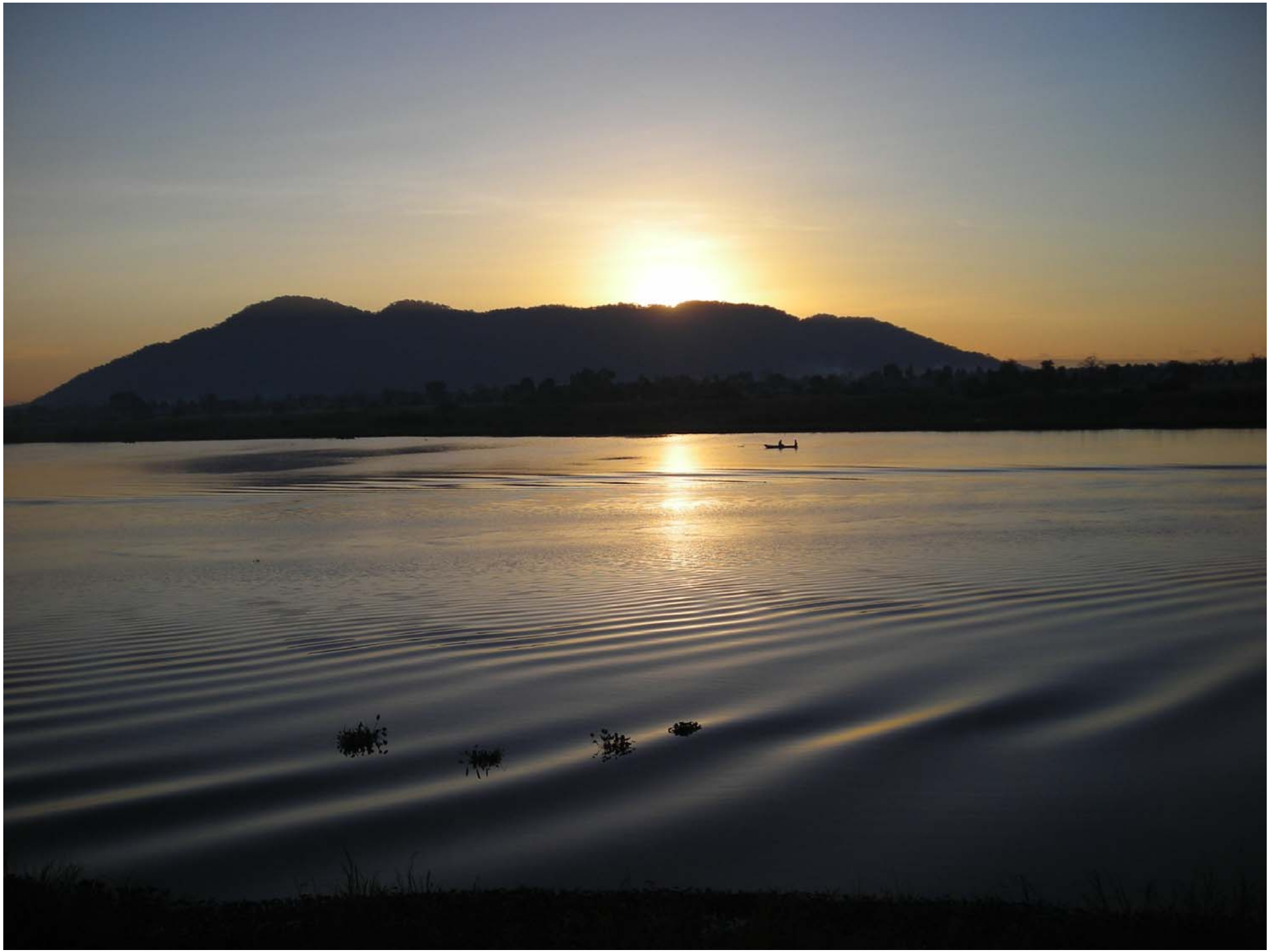






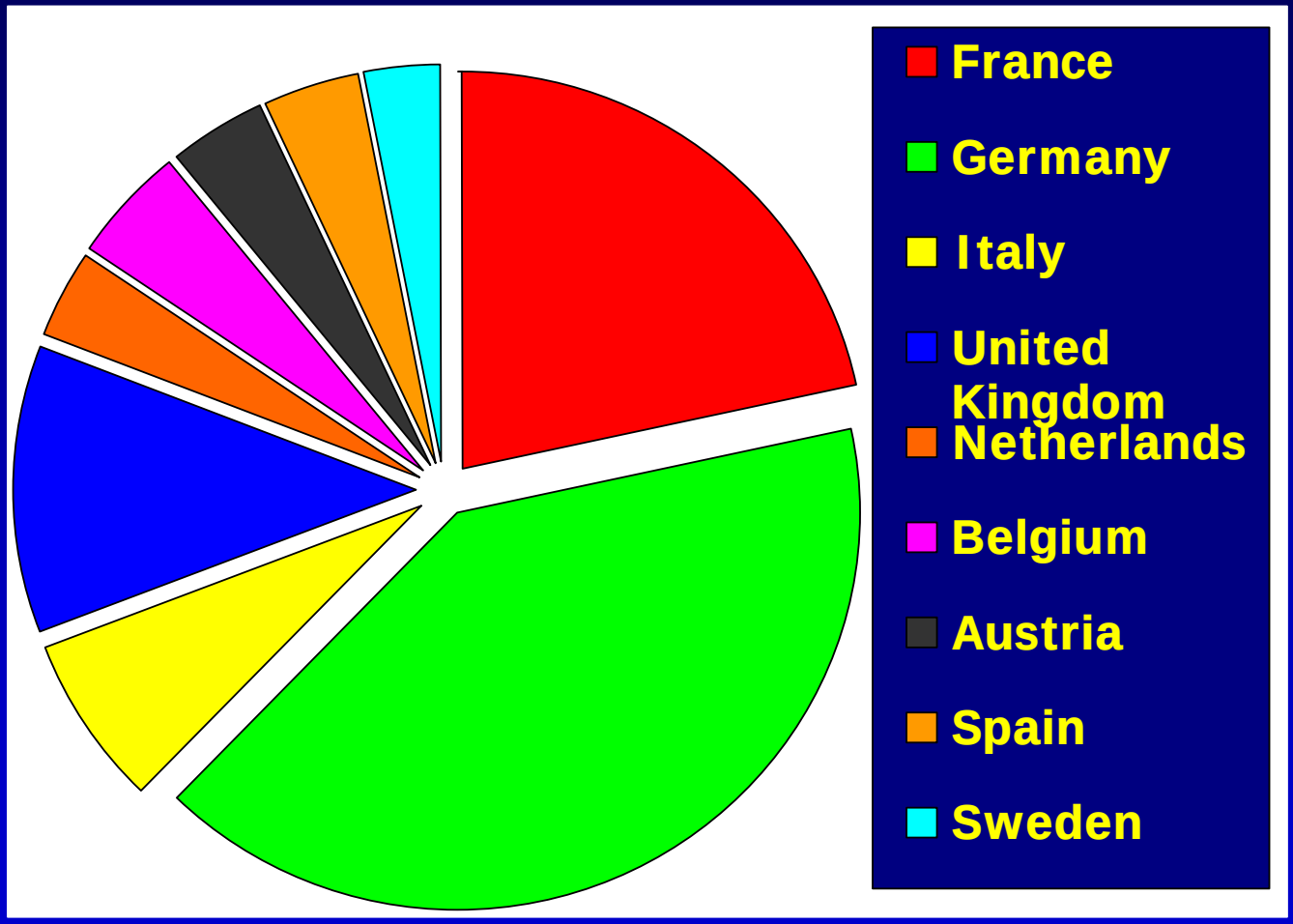






IMMIGRANTS IN EUROPE

- **In 2006 there were 38,170,163 legal immigrants in Europe (7.1% of the population)**



Legal and Illegal Immigrants in Italy on January 1st 2008

1 straniero ogni 15 residenti.

1 straniero ogni 10 lavoratori

1 straniero ogni 15 studenti

Più di 100.000 minori tra nuovi nati e giunti dall'estero

64.000 nuove nascite

40.000 nuove acquisizioni di cittadinanza

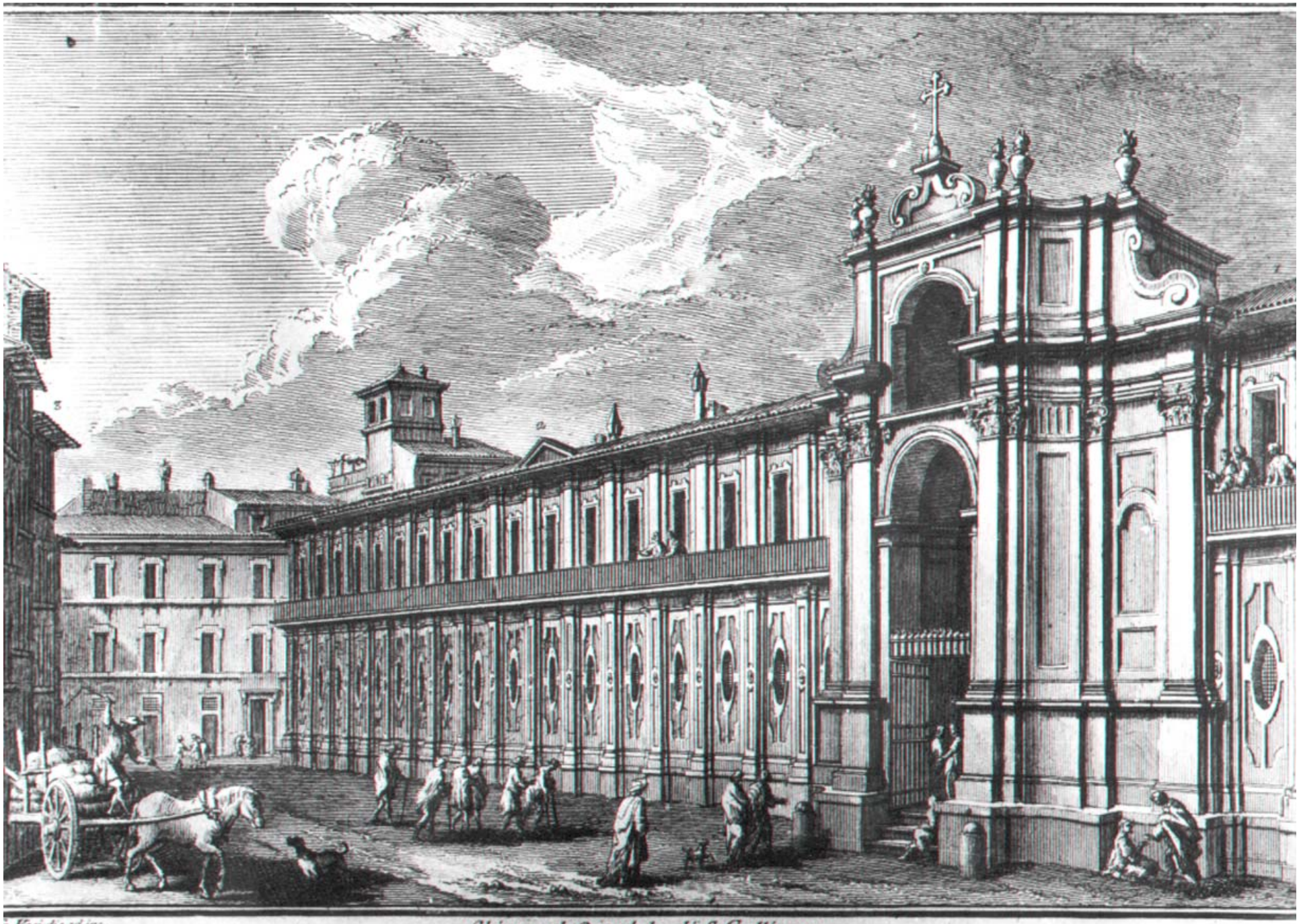
More than 3,800.000 legal immigrants.

More than 19,4% are children.



Principal Countries of Origin of Regular Immigrants in Italy - January 2008 (%)

Countries	F	M	Total
Romania	11.1	12.7	18.2
Albania	12.9	9.5	11.7
Morocco	13.5	7.4	10.7
China	1.6	8.4	4,6
Ukraine	5.4	4.6	3,9
Philippines	2.5	4.1	3.3
Tunisia	1.8	4.6	2.7
Poland	3.9	1.5	2.6
Macedonia	2.6	1.9	2.3
India	2.9	1.7	2.3

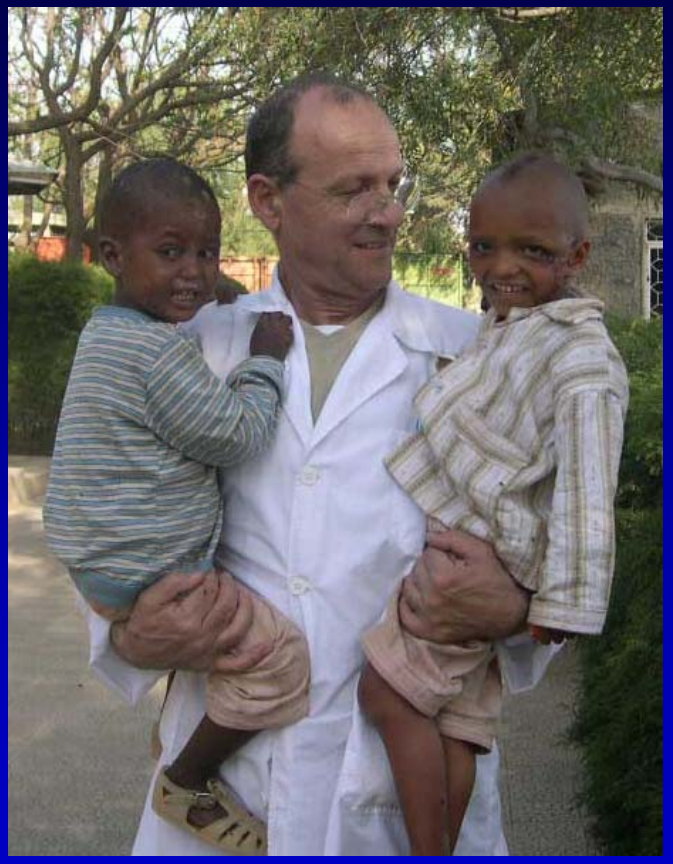


Chiesa ed Ospedale di S. Gallicano

1. Parte dello Spedale per gl'uomini, 2. Spedale per le donne, 3. Tribuna della Chiesa di S. Grisogono in Trastevere

For over twenty years we have been welcoming, examining and studying an extremely varied population consisting of:

- Illegal immigrants
- Refugees and Asylum seekers
- The homeless
- Female victims of the prostitution trade
- Abandoned children and adolescents
- Gypsies
- Retired poor people



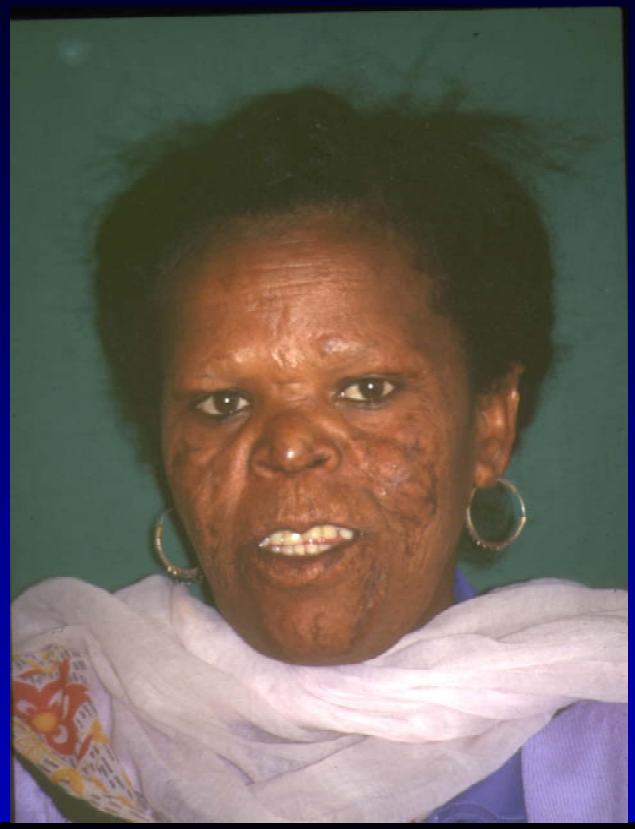
- Women and girls with FGM
- Victims of torture

Dept. of Preventive Medicine of Migration, Tourism and Tropical Dermatology Istituto San Gallicano (IRCCS) Roma

- **28 doctors** (7 dermatologists, 6 physicians, 2 surgeon, 3 paediatricians, 2 gynaecologists, 3 psychiatrists, 2 dentists)
- 6 nurses
- 4 psychologists
- 1 semiologist
- 6 biologists
- 5 anthropologists
- 4 social assistants
- 35 cultural mediators
- 2 Lawyers



INTERNATIONAL MIGRATION AND STDs



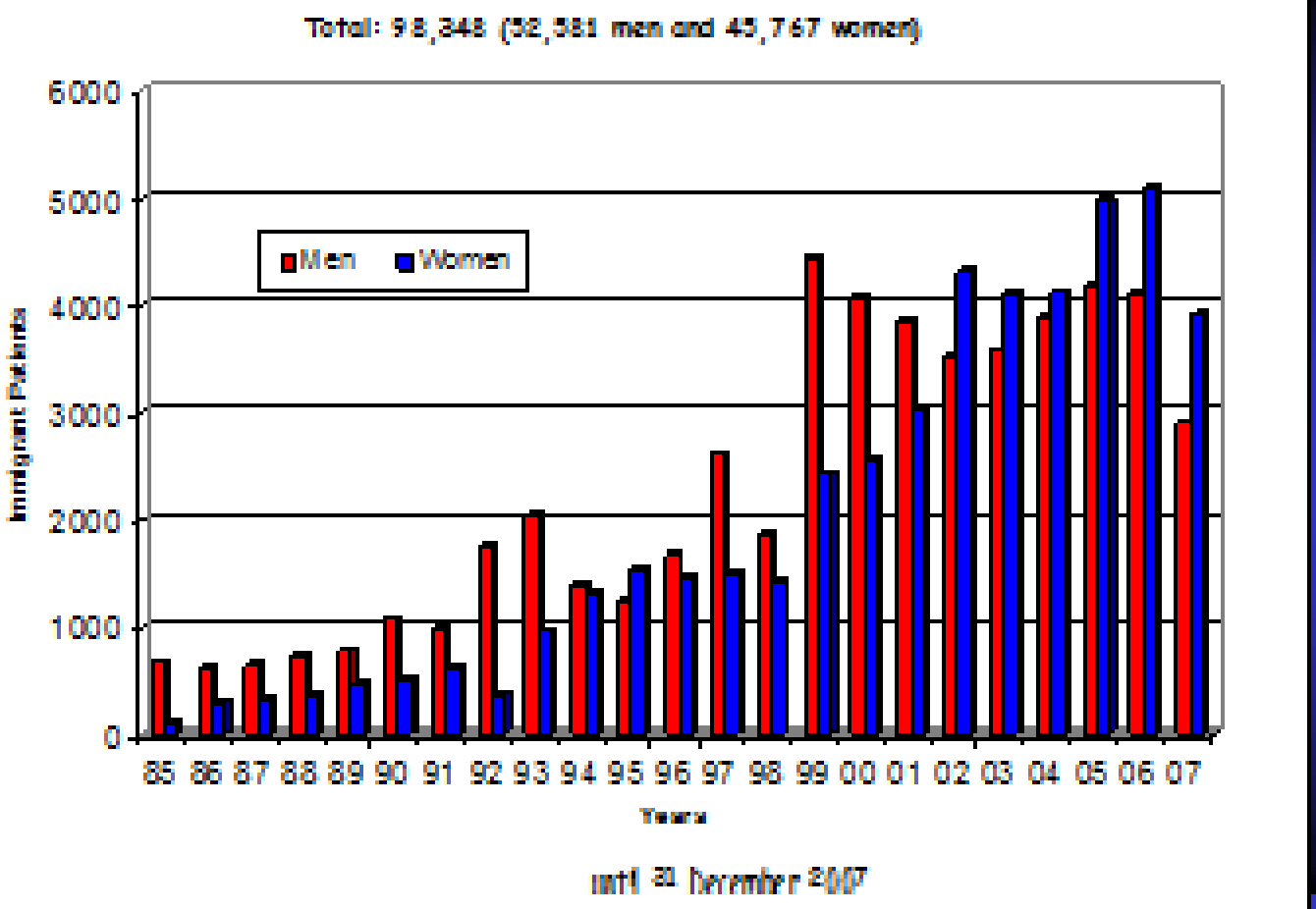




As soon as a patient arrives, he receives a first stage evaluation by a team composed of a doctor, a nurse and a medical interpreter or a linguistic mediator, and a psychologist.

At the present time, between 200 and 250 people receive assistance every day.

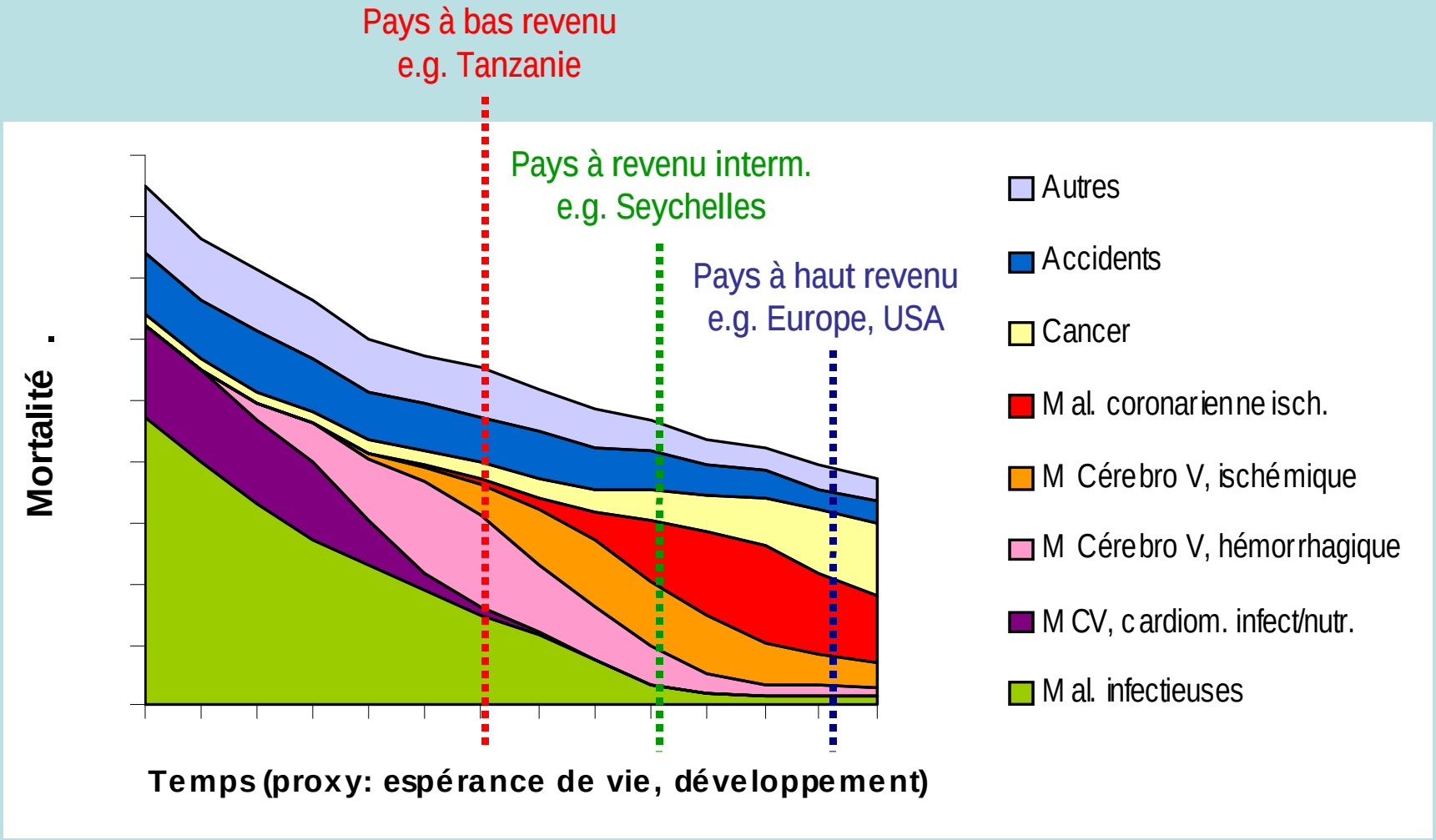
Human Mobile Populations observed from January 1st 1985 to December 31st 2007



until 31 December 2007

- From 1st January 1985 to 31st December 2007, more than 99,000 illegal immigrant patients had their first medical examination

Un modello di transizione epidemiologica



ETNOMEDICINA



- In un contesto interculturale, è con l'insieme dei loro vissuti e dei loro saperi costituiti che i pazienti si presentano alla consultazione e che i medici li visitano.
- Sovente il malinteso può ostacolare l'efficacia della cura. Sapere di quale corpo si parla e come se ne parla assieme, sapere in quale quadro sono contestualizzati i sintomi riferiti, conduce a meglio percepire quale sofferenza viene trattata e migliora l'efficacia delle cure elargite.

Modelli antropologici di Malattia

- **ILLNESS. L' esperienza diretta del malato, ossia "*il vissuto della malattia*"**
- **DISEASE. Concettualizzazione della malattia, da parte del medico.**
- **SICKNESS. La percezione della malattia da parte dell' ambiente non medico che circonda il soggetto.**



INTERNATIONAL MIGRATION AND HEALTH



- **The health consequences will be many and will involve new threats and dangers.**

- **Non-communicable disease problems**
- **Communicable disease problems**

INTERNATIONAL MIGRATION AND HEALTH





Communicable diseases of poverty could become more common but hidden

- **TB – undiagnosed, unreported**
- **Vaccine preventable diseases**
- **STIs and HIV/AIDS**
- **Leprosy and tropical diseases**

INTERNATIONAL MIGRATION AND HEALTH

- **Non-communicable diseases of poverty could become more common but hidden**

- **Poor nutrition**
- **Occupational diseases/accidents**
- **Violence**
- **Cancer**



MIGRAZIONI E SALUTE



- Facile accesso ai servizi sanitari
- Eliminare le liste di attesa
- Approccio olistico
- Razionalizzare il rapporto costi-beneficio con maggiore appropriatezza
- Prendersi cura della persona malata, della sua famiglia e della sua comunità, anche attraverso il lavoro dei mediatori culturali.



L'Italia tra Emigrazione e Immigrazione: quale futuro?

Un citofono multietnico alla periferia di Milano

Migranti e salute:aree critiche



- Apparentemente non c'è più l'esclusione dai servizi sanitari
- Malattie da disagio
- Infortuni sul lavoro
- Elevata incidenza di IVG
- Alto numero di parti cesarei e basso peso alla nascita
- Calendario vaccinale non adeguato
- Alto tasso di TBC
- Alto tasso di HIV/AIDS
- Ridotto accesso alle campagne di diagnosi precoce e di prevenzione.

IVG praticate da donne con cittadinanza straniera

- In alcuni Regioni, dove maggiore è la presenza di immigrati, la percentuale risulta più alta:
- Veneto 38%
- Lombardia 37%
- Emilia Romagna 34%
- Piemonte 33%
- Lazio 31%

Tassi di abortività 35,5% tra italiane; 8,1% per 1000 donne straniere in età feconda nel 2002

Tempo tra il 1° test HIV+ e la diagnosi di AIDS

Area geografica di provenienza	Alla diagnosi		Almeno 6 mesi prima	
	N °	%	N°	%
Italia	6.418	35,9	11.457	64,1
Estera	1.450	70,1	618	29,9
Non nota	97	65,5	51	34,5

Notiziario ISS – COA "Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia" 31 dICEMBRE 2005

HIV transmission shift in Europe

Recently published statistics have led to speculation that a shift in the European trend of HIV transmission is underway. An independent UK health-care agency, Isis, reported on March 19 that newly diagnosed HIV cases in the heterosexual population are up 15% to 51% of cases, but that in the USA homosexual infections remain predominant.

Amanda Zeffman and colleagues studied a cohort of 3000 patients who were receiving anti-HIV therapy at clinics Europe-wide during the period July–October 2002. Of the 308 newly diagnosed, more than half were infected through heterosexual contact whereas only 36% were infected through homosexual contact. Compared with figures for a decade ago, this figure represents a substantial shift in transmission routes.

Zeffman explains that: "The study has been done at the same time of year every year since 1991, so I feel it does provide a valuable trend". Her view is that the high numbers of infections via this route suggests that the heterosexual population has become complacent: "There is a need for increased awareness programmes and intense campaigns as in the early 1990s".

However, others believe the findings are open to alternative interpretation. Shabbar Jaffar (London School of Hygiene and Tropical Medicine) agrees that gay men have been well targetted with safer sex messages but questions how representative the study is because the report is based on patients on HIV treatment: "Intravenous drug users may contribute to a higher proportion of HIV cases among heterosexuals in Europe than in the USA. So we may have more intravenous drug users and/or their number of heterosexual partners may differ."

Many patients are coming to seek the active antiretroviral therapy



Sidense Photo Library

Europeans at risk from unprotected sex

Europe traditionally has a greater number of immigrants from areas of high HIV incidence, such as Africa and Asia, than does the USA. Marie Laga at the Institute for Tropical Medicine, Belgium, identifies a potential bias, "Many patients on antiretroviral therapy in some European centres are coming from areas with a predominantly heterosexual epidemic, mainly Africa. The number of African patients seeking care in Europe has increased over the last years, especially since highly active antiretroviral therapy is available. These trends therefore do not represent the real transmission dynamic of HIV in Europe but rather the trends in health-care seeking behaviour".

It is clear that sources of infection among the heterosexual population need to be identified, but heightened awareness of HIV risk can only be beneficial in control of the disease.

Rachael Paterson



Salute, povertà e migrazione

- Alla fine del 2006, il 4,2 per cento delle famiglie non ha avuto denaro per comprare il cibo,
- il 10,4 per cento per pagare spese mediche,
- il 7,0 per cento per il trasporto,
- l'11,7 per cento per le tasse e il 16,8 per cento per l'acquisto di vestiti.

Salute, povertà e migrazione

- Il 6,2 per cento delle famiglie non può potersi permettere un'alimentazione adeguata
- Il 10,4 per cento un sufficiente riscaldamento dell'abitazione
- Il 38,7 per cento una settimana di vacanza all'anno.
- Questi indicatori assumono valori più elevati nel Mezzogiorno, dove circa il 10 per cento delle famiglie dichiara di non potersi permettere troppo frequentemente un'alimentazione a base di carne o di pesce.
- Le persone sole con più di 65 anni sono la tipologia più esposta al rischio di deprivazione, come pure le famiglie numerose e quelle con un unico percettore di reddito.

THE IMMIGRANT HOMELESS

Since 1998, we have observed 5,962 homeless people (HP) representing 35% of HP in Rome, mainly young adult males (73.4%).



21.9% are Italian, 52% are from non-European countries, 26.1% are from other continents.

THE IMMIGRANT HOMELESS





THE IMMIGRANT HOMELESS





THE IMMIGRANT HOMELESS




THE IMMIGRANT HOMELESS

THE IMMIGRANT HOMELESS






FREE
AFTER

1986 : la prima legge

- Nel 1986 viene emanata la legge 943 – “Norme in materia di collocamento e di trattamento dei lavoratori extracomunitari immigrati e contro le immigrazioni clandestine”: è la prima regolamentazione normativa dell’attività lavorativa straniera.
- La legge reca alcune importanti norme in tema di collocamento, trattamento dei lavoratori stranieri, ricongiungimento familiare e sanzioni per l’immigrazione clandestina.

1990: la legge Martelli

- La **legge 39/1990**, o legge Martelli, è il primo vero tentativo di disciplina della realtà migratoria e, soprattutto, la prima occasione in cui l'Italia riconosce ufficialmente l'immigrazione come presenza stabile di stranieri che vivono e lavorano nel territorio nazionale.
- Stabilite **disposizioni urgenti** in materia di asilo politico, di ingresso e soggiorno di cittadini extracomunitari, cercando di disciplinare in maniera esaustiva l'intera materia dell'immigrazione.
- Ai soggetti migranti sono riconosciuti i **diritti fondamentali della persona**, non solo quelli propri dei lavoratori, e una sorta di cittadinanza connessa alla residenza.
- **Terza sanatoria** per gli irregolari e i clandestini: vengono presentate circa **225.000** domande, accolte **217.626**.

La legge Turco-Napolitano

- **Legge 6 marzo 1998 n. 40 – "Disciplina dell'immigrazione e della condizione dello straniero"**, recepita e integrata nel decreto legislativo 25 luglio 1998 n. 286, Testo Unico.
  - Programmazione dei flussi di ingresso per lavoro;
  - contrasto dell'immigrazione clandestina (istituzione dei Cpt);
  - aggravamento delle sanzioni penali per il favoreggiamento dell'immigrazione clandestina;
  - disciplina della carta di soggiorno;
  - norme a tutela della famiglia;
  - integrazione scolastica;
  - parità di assistenza sociale e sanitaria;
  - repressione della discriminazione e parità della tutela giurisdizionale.

La legge Bossi-Fini

- Legge **189/2002**. Punti principali:
  - maggior controllo delle frontiere - rafforzamento dei poteri di polizia;
  - aiuti agli Stati che collaborano nel contrasto dell'immigrazione clandestina e del traffico di esseri umani, riduzione delle quote per gli Stati che non collaborano;
  - espulsione immediata dei clandestini;
  - estensione a 60 giorni del periodo di trattenimento nei Cpt;
  - aumento di pena per i trafficanti di clandestini;
  - rilevazione delle impronte digitali agli stranieri;
  - ingresso regolare solo a seguito di chiamata nominativa o numerica e collegato strettamente a: contratto di soggiorno, idonea sistemazione alloggiativa e impegno al pagamento delle spese per il rientro da parte del datore di lavoro;
  - riduzione da un anno a sei mesi del permesso di "attesa occupazione";
  - rilascio della carta di soggiorno dopo sei anni di regolare permanenza, e non più cinque.

Migranti e salute

- **È necessario investire sulla prevenzione attraverso una corretta cultura politica del territorio, con adeguati investimenti, diagnosi precoce, terapia e riabilitazione.**
- **Il paziente immigrato e a maggior rischio di emarginazione, deve rappresentare il modello verso il quale spingere attività a basso costo ed alta efficacia.**
- **Se non si rilancia il dibattito su queste questioni, non si avrà più la produzione di salute, ma l'offerta di prestazioni sanitarie da parte dell'ospedale e delle Asl, relegando il territorio a puro serbatoio di clienti-pazienti acquirenti di prestazioni.**

Migranti e salute

- **La richiesta di più risorse è per migliorare la qualità della salute e della vita dei più deboli o per consentire la crescita dell'industria della sanità: mercato dei farmaci, delle tecnologie, della diagnostica, dell'edilizia sanitaria e delle professioni sanitarie?**

- **La richiesta di una maggiore disponibilità di risorse per lo stato sociale può essere sostenuta solo se orientata a favore dei settori prioritari quanto ad esigenze di adeguamento e di sviluppo. E i settori prioritari sono l'assistenza e i servizi sociali per le fasce di popolazione più impoverite.**

Gli immigrati ci hanno "costretto" a guardare oltre "il nostro giardino", ai Paesi dai quali sono costretti a venir via. Ci aiutano a "scoprire" i "nostri" esclusi.

A reinventare modelli di intervento sanitario a bassa soglia di accesso, efficaci in termini di costo-beneficio, capaci di accogliere e di prendersi cura. Gli immigrati *ci sfidano* sul piano del *sistema sanità:* deve essere *nazionale*, *universale*, *solidale* e *pubblico*.



- **La salute non è l'equivalente delle prestazioni sanitarie erogate ed acquistate dai cittadini.**

COSA ABBIAMO IMPARATO?

- Accogliere persone e poi curare malattie
- Persone malate non utenti o pazienti
- Rispetto reciproco
- Il senso della vita
- I nuovi luoghi della cura
- Riconoscere i valori e la dignità degli altri









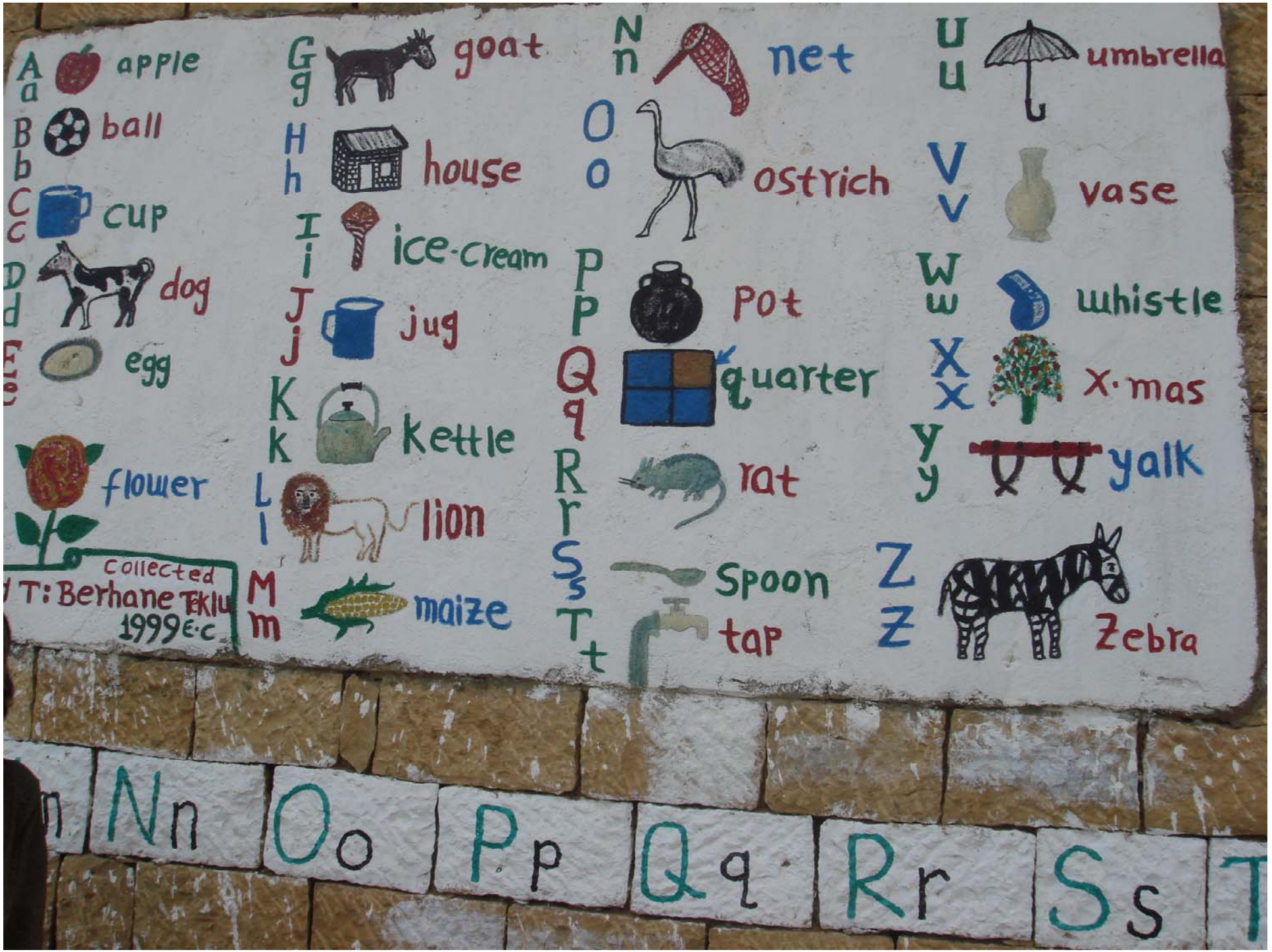





I CAN WRITE HE CAN READ I CAN RUN SHE CAN
chair cat cow
The ball is under the table
1 one
2 Two
3 Three
4 Four
5 Five
6 Six
7 Seven
8 Eight
9 Nine
10 Ten
11 Eleven
12 Twelve
13 Threen
14 Fourteen
15 Fifteen
16 Sixteen
17 Seven teen
18 Eighteen
19 Nineteen
20 Twenty
Dog

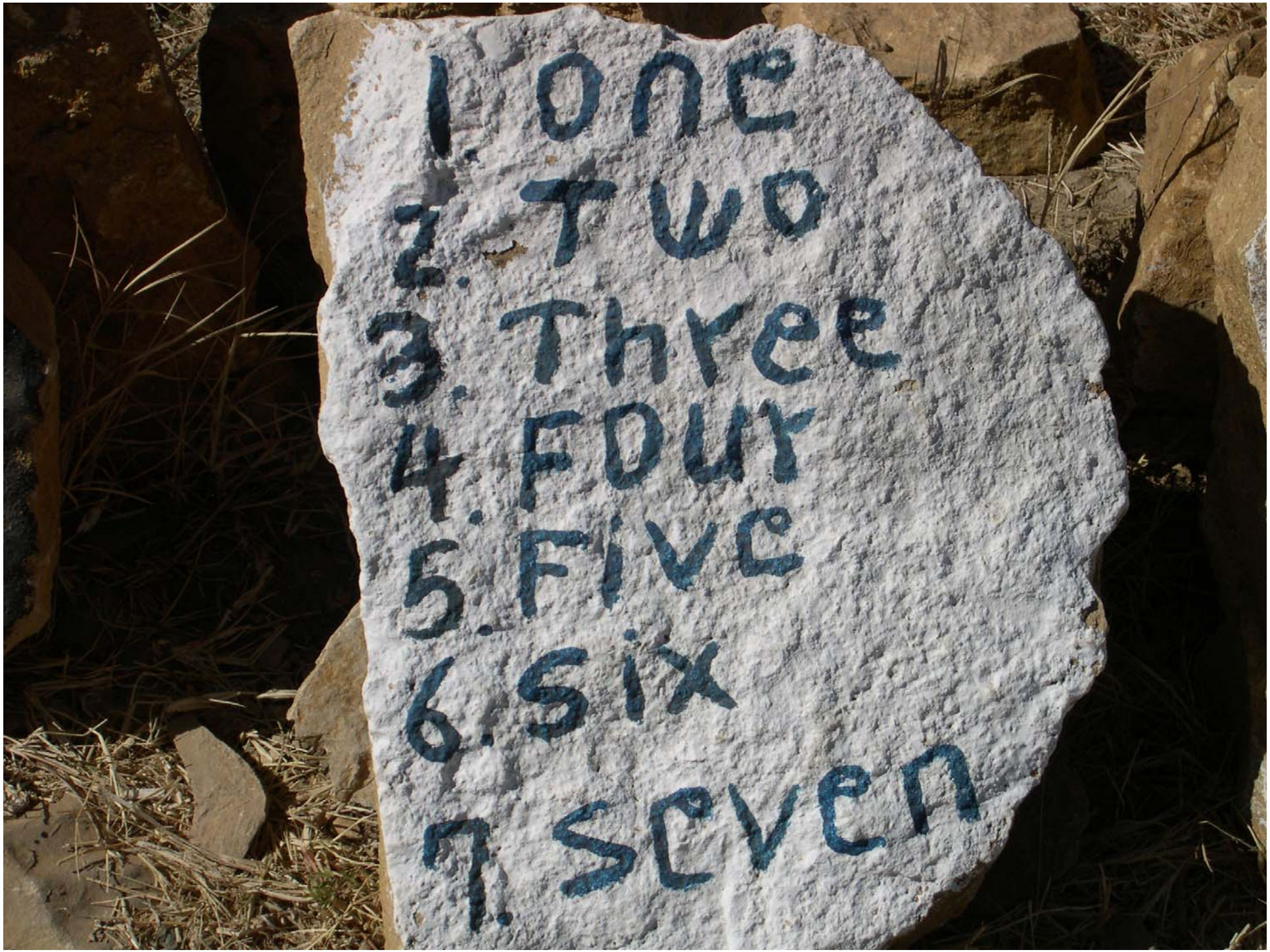

PARTS OF THE BODY
Head
Hair
Eye
Ear
Mouth
Nose
Neck
Chest
Breast
Arm
Navel
Hand
Finger
Knee
Leg
Foot
ሰላሳት ስምዒት
ሳፍንጫ
ዓይኒ
እዝኒ
መልሓስ
ቆርበት
ዓይኒ
ኣፋሸፍቲ ዓይኒ
ነበሮ ዓይኒ
ቅርንብ ዓይኒ
ዝዉዒ
WG
1999 ዓ.ም
A a apple
B b ball
C c cup
D d dog
E e egg
F f flower
G g goat
H h house
I i ice-cream
J j jug
K k kettle
L l lion
M m maize
N n net
O o ostric
P p Pot
Q q quarte
R r rat
S s Spoon
T t tap
Collected
By T: Berhane Tekle
1999 E.C
A B C D E F G H I J K L M N O P Q


ህንፃና መፅለሊ ጥራሕ ዘይኮነስ ባዕሉ መምሃሪ ሓጎዝ ዩ!!
ካርታ ትግራይ
ዞባታት
ዞባ ምዕራብ 1-3
ዞባ ሰሜን.ምዕራብ 4-9
ማእኸላይ ዞባ 10-19
ዞባ ምብራቕ 20-26
ዞባ ደቡብ 27-35
መሰመረ ዞባ መቐለ-29
መሰመረ ዝውክልዎ ዶብ
ዓገረዊ ዶብ
ክልላዊ ዶብ
ዶብ ዞባ
ዶብ ወረዳ
1999 ዓ.ም
ብርሃን


A a apple
B b ball
C c cup
D d dog
E e egg
flower
Collected
T: Berhane Tekiu
1999 E.C
G g goat
H h house
I i ice-cream
J j jug
K k kettle
L l lion
M m maize
N n net
O o ostrich
P p Pot
Q q quarter
R r rat
S s Spoon
T t tap
U u umbrella
V v vase
W w whistle
X x X-mas
Y y yalk
Z z Zebra
Nn Oo Pp Qq Rr Ss T


3X2
= 3+3


Green
Black
Red
Blue
Yellow


1. One
2. Two
3. Three
4. Four
5. Five
6. Six
7. Seven


This is
a cat


This is a
dog

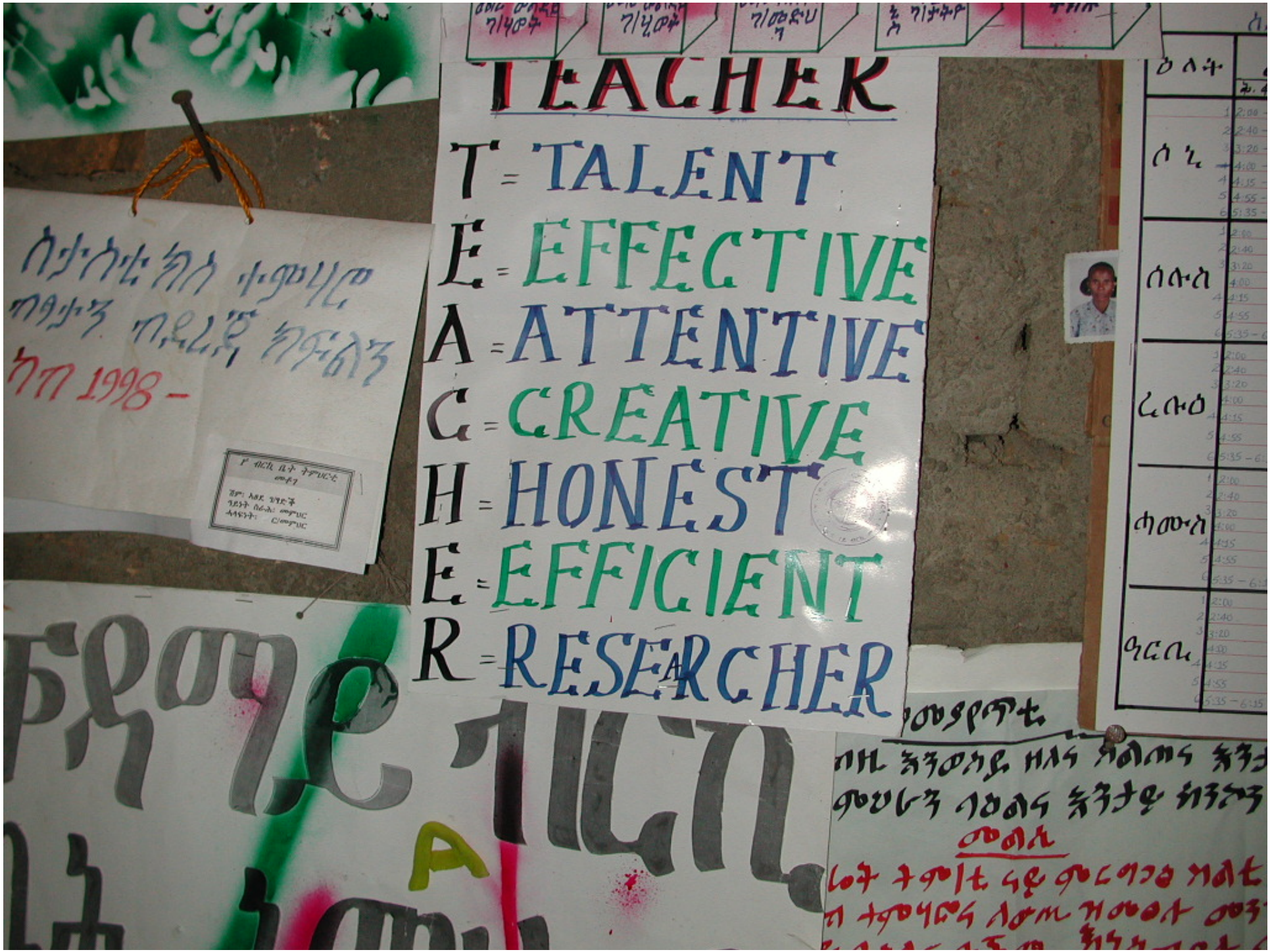

This is a car


28-Twenty eight
29-Twenty nine
30-Thirty

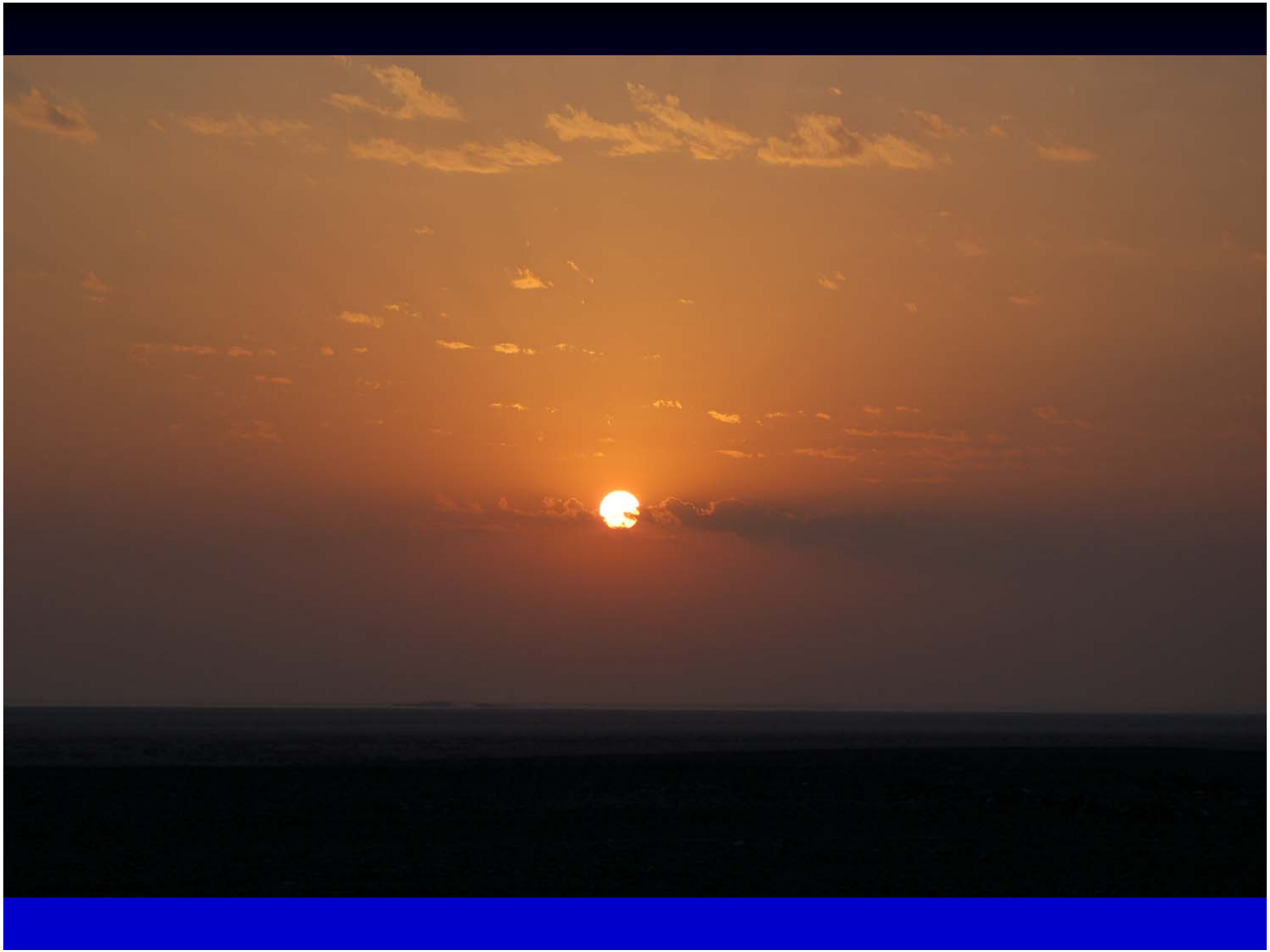

27
28-Twenty eight
29-Twenty nine
30-Thirty
L-Lamb
L-Lake
M-Milk
M-monkey


ABCDEFGHIJKLM
NOPQRSTUVWXYZ
abcdefghijklm
nopqrstuvwxyz
BITID


A-Axe
a-ant
C-coat
C-cock
D-Donkey
d-duck
T- Tree
P-Pot
p-pencil
R-RUbber
r-rat
S-Sandal
S-Shoe
M- Milk
m-monke


TEACHER
T = TALENT
E = EFFECTIVE
A = ATTENTIVE
C = CREATIVE
H = HONEST
E = EFFICIENT
R = RESEARCHER
A


KNOWLEDGE
IS
POWER!!



La meraviglia

non trasmette informazioni e materiale organizzato:
istruisce un campo affettivo,
costruisce uno spazio recettivo di possibile condivisione

Non fa perdere il gusto della discussione,
della adattabilità,
della tolleranza,
della apertura,
della ingenuità.



Grazie per l’attenzione...

